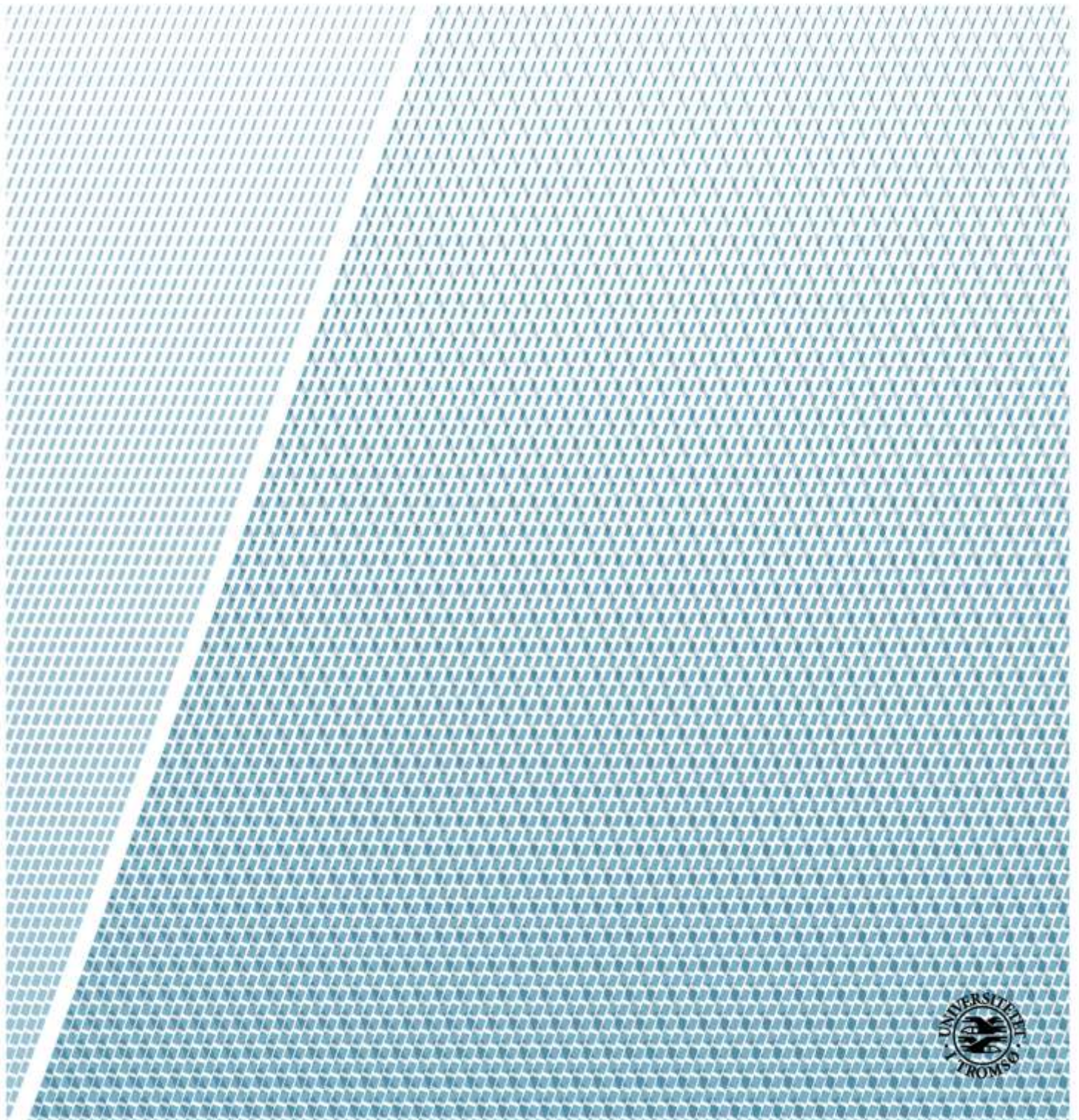


# **Vilka fagliga kompetenser är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar?**

-En kvalitativ intervjustudie

**Malinée Andersson**

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Maj 2017





## **Förord**

Att skriva denna masteruppsats har varit som en berg och dalbana samtidigt som det är ett privilegium att jag har fått möjlighet att fördjupa mig inom ett fag som jag har särskilt intresse i. Masteruppsatsen kunde inte ha blivit genomförbar om det inte vore för de tre deltagarna som ställde upp som informanter och till min vägledare Professor Anne-Grethe Tahlseth för all den tid, engagemang, och stöd under arbetets gång.

Jag vill även tacka vänner, kollegor, medstudenter och familj som hejat på mig under denna process.

Tromsø Maj 2017

Malinée Andersson



## Sammanfattning

**Bakgrund:** Substansberoendebehandling är ett komplext område och specialisthelsetjenesten befinner sig i en omorganisering där en del avdelningar slås samman eller läggs ner. Detta medför att det ställs högre krav, ökad kunskap och professionell kompetens hos sjuksköterskan för att kunna tillgodose patientens behov.

**Problemställning:** Vilka fagliga kompetenser är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar.

**Hensikt:** Hensikten med masteruppsatsen är att bidra till ökad kunskap och förståelse om vilka fagliga kompetenser som är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar. Detta för att styrka kvaliteten för pleie och behandling för denna målgrupp.

**Teori:** Det är valt teori som ger infallsvinklar till att förstå sjuksköterskans professionella kompetens. I tillägg har det också använts litteratur som lyfter fram perspektiv om psykisk helsearbete, substansberoende patienter, suicidtankar och det vårdande mötet.

**Metod:** Studien är kvalitativ och det empiriska datamaterialet som använts i studien samlades in med hjälp av kvalitativ forskningsintervju. Det metodiska tillvägagångssättet i dessa tre intervjuer var baserat på semistrukturerade frågor.

**Funn:** Sjuksköterskan använder sig av observationer och lyssna till patientens fortelling för att kunna kartlägga den psykiska hälsa. Att etablera en tillitsfull kontakt med patienten har betydelse för patientens vård. Om sjuksköterskan inte upprätthöll sina praktiska färdigheter kunde det leda till att de blev osäkra när de väl skulle utföras. När det uppstod situationer som sjuksköterskan upplevde som svåra att hantera önskade de att de haft mera teoretiska kunskaper om missbruk och psykiatri. Att använda sig av reflektioner och att få reflektera tillsammans med andra kollegor vid svårhanterbara situationer var ett sätt för att få utveckla sin kompetens.

**Nyckelord:** Sjuksköterska, kompetens, substansberoende, suicidtankar, psykisk hälsa, kvalitativ studie.

## **Abstract**

**Background:** Substance dependence treatment is a complex field of expertise, and specialist health care is currently reorganizing, with some departments merging together and others being shut down. This results in higher demands on the nurses with regards to their knowledge, competence, and professional qualifications, in order to meet the needs of the patient.

**Question at issue:** What professional qualifications are of importance to the nurse in the caring encounter with substance dependent patients with suicidal ideation?

**Aim:** The aim of this master's thesis is to contribute to increased knowledge and understanding of the professional qualifications that are of importance to the nurse in the caring encounter with substance dependent patients with suicidal ideation. More knowledge may enhance the quality of the care and treatment of this group.

**Theory:** This is the selected theory that can give approach angles into understanding the professional expertise of the nurse. In addition, literature has been consulted that emphasizes perspectives on mental health care, substance dependent patients, suicidal ideation and the caring encounter.

**Methods:** This study is qualitative, and the empirical data used in the study was collected through three qualitative research interviews. The methodical approach in these interviews was based on semi-structured interview questions.

**Results:** In order to study and map the patients' mental health, the nurses practice patient observation and listening to the patient narrative. The establishment of a trusting relationship with the patient has an impact on the nursing of the patient. If the nurses did not maintain their practical skills, they might become insecure in practicing them. When situations arose that the nurses found difficult to handle they wished they had had more theoretical knowledge about substance use and psychiatry. One approach to developing their knowledge about situations that were hard to handle was to reflect upon them afterwards, by one self and with colleagues.

**Key words:** Nurse, competence, qualification, substance use, substance dependence, suicidal ideation, mental health, qualitative studies

# Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning.....	3
Abstract .....	4
<b>1. Inledning .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Motivering för val av tema .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Problemställning.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Hensikt.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 Masteruppsatsens uppbyggnad.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Tidigare forskning och teoretiska perspektiv.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Tidigare forskning.....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Forskning kring sjuksköterskans vårdande möte med pasienter med suicidala tankar.....	9
2.1.2 Forskning kring sjuksköterskans vårdande möte med patienter med substansberoende.....	11
2.1.3 Forskning kring sjuksköterskans kompetens i psykiatrisk vård .....	11
2.1.4 Forskning kring sjuksköterskans kompetens i substansbehandling.....	13
2.1.5 Inriktning av eget arbete.....	13
<b>2.2 Teoretiska perspektiv.....</b>	<b>14</b>
2.2.1 Psykisk helsearbaid .....	14
2.2.2 Substansberoende patienter.....	14
2.2.3 Suicidtankar.....	15
2.2.4 Det vårdande mötet.....	16
2.2.5 Professionell kompetens till sjuksköterskan.....	17
2.2.6 Professionell kompetens från ett yrkesspecifikt färdighetsperspektiv.....	17
2.2.7 Professionell kompetens från ett teoretiskt kunskapsperspektiv.....	19
2.2.8 Professionell kompetens från ett personligt kompetensperspektiv.....	19
<b>3. Vetenskapsteoretiskt perspektiv.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Metod .....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Kontexten för studien.....</b>	<b>22</b>
4.1.1 Kvalitativ forskningsintervju .....	22
<b>4.2 Datainsamling .....</b>	<b>22</b>
4.2.1 Urval .....	22
4.2.2 Rekrytering av deltagare .....	23
4.2.3 Förberedelse inför intervjuerna.....	24
4.2.4 Genomförande an intervjuerna.....	24
4.2.5 Klargörande av egen förförståelse.....	25
4.2.6 Forskningsetiska aspekter.....	26

<b>4.3</b>	<b>Analys av datamaterialet .....</b>	<b>27</b>
4.3.1	Transkribering av intervjuerna.....	27
4.3.2	Analys av datamaterialet .....	28
<b>5.</b>	<b>Funn .....</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Kartläggning av patientens psykiska hälsa.....</b>	<b>31</b>
5.1.1	Att observera patientens kroppsspråk och allmäntillstånd.....	31
5.1.2	Att lyssna till patientens fortelling.....	32
<b>5.2</b>	<b>Faglig tilnæming till patienten .....</b>	<b>33</b>
5.2.1	Att etablera en tillitsfull kontakt med patienten.....	33
5.2.2	Att opprætta en dialog med patienten.....	35
5.2.3	Att gre bedmninger av den kliniska situasjonen .....	35
<b>5.3</b>	<b>Refleksjoner ver den kliniska kompetensen.....</b>	<b>36</b>
5.3.1	Att vara trygg som fagperson .....	36
5.3.2	Att utve sine teoretiske kunskaper .....	37
5.3.3	Att opprætthlle sine praktiske ferdigheter .....	38
<b>6.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1</b>	<b>vergripande frstelse av funnen.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2</b>	<b>Kartleggning av patientens psykiske hlse.....</b>	<b>39</b>
<b>6.3</b>	<b>Faglig tilnærming til patienten .....</b>	<b>42</b>
<b>6.4</b>	<b>Refleksjoner ver den kliniske kompetensen.....</b>	<b>47</b>
<b>6.5</b>	<b>Metodvervgninger .....</b>	<b>49</b>
6.5.1	Reflexivitet .....	50
6.5.2	Relevans .....	51
6.5.3	Validitet .....	55
<b>7.</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>55</b>
<b>7.1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>55</b>
<b>7.2</b>	<b>Kliniske implikasjoner .....</b>	<b>56</b>
<b>7.3</b>	<b>Vidare forskning.....</b>	<b>56</b>
	<b>Referensliste.....</b>	<b>57</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>60</b>
	Bilaga 1, Meldeskjema .....	60
	Bilaga 2, Tilbakemelding, melding om behandling av personalopplysninger.....	65
	Bilaga 3, Frfrgan om deltagande i forskningsprosjektet .....	68
	Bilaga 4, Intervjuguid .....	71



# 1. Inledning

## 1.1 Motivering för val av tema

Jag fick idén till min masteruppsats för fyra år sedan när jag arbetade på min dåvarande arbetsplats som sjuksköterska inom specialisthelsetjenesten i substans-behandling på avdelning. Jag funderade mycket på vilka tillvägagångsätt och kompetenser som vårdpersonalen på avdelningen använde sig av när de kom i kontakt med patienter i de fall den primära inläggningsorsaken var avrusning men när patienterna dessutom hade suicidtankar. Att vårda och hjälpa människor som har substansberoende problematik kan innebära stora fagliga utmaningar för sjuksköterskan då det under inläggningen visar sig att den som har substansberoende problematik även har suicidtankar.

Det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicidtankar kan innebära utmaningar för sjuksköterskan då hon/han ska tillgodose patientens alla behov. Det kan medföra att det ställs högre krav på sjuksköterskans kompetens det vill säga, de kvalifikationer sjuksköterskan använder för att möta patientens problem med substansberoende och suicidtankar. Sjuksköterskan ska vara en professionell hjälpare samtidigt som hon/han representerar en offentlig makt, det vill säga vårdsektorn. Den personliga kompetensen som sjuksköterskan besitter får därmed också en avgörande betydelse i det vårdande mötet med patienten.

Enligt Folkehelse rapporten 2014 angående suicid och suicidförsök finns det forskning som påvisar ett samband mellan suicid och substansmissbruk, livskriser och mental sjukdom. Rapporten visar också att faktorer såsom bra kontakt med familj/ vänner och en vårdsektor som fångar upp och behandlar psykiska sjukdomar har en beskyddande inverkan mot suicid.

Det kom en ny missbruksvårds reform 2014, och i samband med detta infördes Tverrfaglig specialiserad rusbehandling (TSB) som omfattar behandlingserbjudanden på dygnsbehandling, dagbehandling och polikliniska tjänster. Hänvisningar till TSB kan bland annat komma från fastläkaren, NAV, eller annan vårdpersonal som har behörighet att hänvisa till specialisthelsetjenesten. Målsättningen är bland annat att minimera fysiska och psykiska abstinensplågor som hänger samman med substansmissbruket (Helsedirektoratet, 2014).

Substansberoendebehandling är ett komplext område och specialisthelsetjenesten befinner sig i en omorganisering där en del avdelningar slås samman eller läggs ner. Detta medför att det ställs högre krav, ökad kunskap och relevant kompetens hos sjuksköterskan för att kunna

tillgodose denna patientgrupps behov. Enligt Lov om helsepersonell (2000) ska vårdpersonal utföra sitt arbete enligt de krav till faglig försvarbarhet och omsorgsfull hjälp som kan förväntas utifrån vårdpersonalens kvalifikationer, arbetets karaktär samt situationen i övrigt.

Mot denna bakgrund önskar jag i min masteruppsats undersöka vilka fagliga kompetenser som är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar.

## **1.2 Problemställning**

Jag har valt följande problemställning som jag önskar belysa i denna masteruppsats:

**”Vilka fagliga kompetenser är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar”**

## **1.3 Hensikt**

Hensikten med masteruppsatsen är att bidra till ökad kunskap och förståelse om vilka fagliga kompetenser som är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar. Detta för att styrka kvaliteten för pleie och behandling för denna målgrupp.

## **1.4 Masteruppsatsens uppbyggnad**

Masteruppsatsen är uppdelad i sex huvudkapitel. I kapitel 2 presenteras tidigare forskning kring temat, vilket följs av min problemställning som tar avstamp i den forskning som finns per i dag. I samma kapitel presentera jag även de teoretiska perspektiv som jag har använt mig av. I kapitel 3 redogör jag för det vetenskapsteoretiska perspektivet, och i kapitel 4 följer en redogörelse för den metod som har använts i uppsatsen för att besvara problemställningen. Jag tar under detta kapitel även upp ämnet att forska i eget fackområde, det vill säga min egen förförståelse i förhållande till masteruppsatsens problemställning, samt etiska överväganden. I kapitel 4 framkommer också hur jag har genomfört datainsamlingen och analysen. Masteruppsatsens empiriska resultat tas upp i kapitel 5. I kapitlet 6 diskuterar jag det resultat som har framkommit i masteruppsatsen gentemot tidigare forskning och de teoretiska perspektiven som jag presenterade i kapitel 2. Avslutningsvis i kapitel 7 följer därefter en sammanfattning av studien och mina tankar om studiens metodiska övervägningar samt framtida forskning.

## **2. Tidigare forskning och teoretiska perspektiv**

### **2.1 Tidigare forskning**

För att få en översikt och orientering i tidigare forskning sökte jag i flera internationella databaser samt en nordisk databas. Sökning efter relevant forskning genomfördes i de internationella databaserna PsycINFO, CINAHL och PubMed. Jag har även gjort sökning i databasen sveMed som främst innehåller forskning i Norden. Jag startade min första sökning i sveMed och använde mig av uppslagsverket Svenska MesH för att hitta relevanta medicinska termer att använda vid sökningen. De slutliga sökorden blev ”substance with drawal syndrome”, ”substance abuse”, ”addiction treatment”, ”challenges”, ”psychiatric nurse”, ”suicide”, ”suicide attempted”, ”suicidal ideation”, ”experience”, ”nursing care”, ”nurse”, ”competence”, ”professional competence”, och ”nurse-patient-relations”. Dessa sammanfördes sedan i olika kombinationer, först sökte jag alla MesH termer var för sig och sedan kombinerades de med AND. I alla fyra databaserna använde jag mig av ”review” eller ”peer review” för att begränsa mina sökningar. När antalet träffar i sökresultatet var 200 eller mindre gick jag igenom alla titlarna och när även titeln bedömdes vara relevant för min problemställning läste jag abstraktet, och om abstraktet bedömdes vara relevant läste jag hela artikeln. Totalt fick jag ihop nio relevanta vetenskapliga artiklar.

#### **2.1.1 Forskning kring sjuksköterskans vårdande möte med patienter med suicidala tankar**

I en svensk kvalitativ studie av sjuksköterskors erfarenheter med patienter som begår suicidförsök var det vanligt förekommande att dessa patienter uttryckte känslan av att inte ha något att leva för, det vill säga, deras liv kändes meningslöst och att de hade en förvrängd verklighetsuppfattning med upprepade tvångsmässiga destruktiva tankar som ofta kunde ge upphov till en känsla att vara utom kontroll (Carlén & Bengtsson, 2007). Studiedeltagarna menade att patienterna var fyllda av hopplöshet. Patienternas känslor dominerade hela deras uppfattning om sin livssituation och inbegrep en övertygelse om att deras tillstånd aldrig kommer förändras. Patienternas hopplöshet gjorde det svårt för sjuksköterskorna att erbjuda tröst eller tillfällen att inge dem förtroende för framtida chanser till välmående.

I Talseth, Gilje och Norbergs (2003) kvalitativa forskning, belyses den allmänpsykiatriska kontexten bland patienter med suicidtankar och det vårdande mötets betydelse. Resultatet från forskningen visar på att patientens lidande upplevdes som lindrande om sjuksköterskan och

patienten delade på upplevelsen av lidandet. Bidragande faktorer till att patienten kunde göra sig lös från svåra känslor var bland annat att det i vårdrelationen gavs utrymme för dialog samt gemenskap. I en irländsk kvalitativ studie utförd av Reid och Long (1993) som undersöker hur sjuksköterskor känner sig rustade i vårdandet av patienter som uttrycker suicidtankar, ansågs metoden särskild övervakning vara den mest förebyggande bland olika vårdåtgärder samtidigt som resultatet också visade på att respondenterna ansåg att detta handlingsförlopp inte var terapeutiskt. Detta kunde bero på att i särskild övervakning ingick det inte någon inbyggt planerat terapiprogram. Vidare framkom det att för att undvika att förstärka en patients självkänsla av att vara värdelös, ansågs det effektivt att föra en relevant konversation för att leda patientens tankar från honom/henne själv till den externa verkliga världen.

I en annan norsk studie utförd med kvalitativ innehållsanalys angående sjuksköterskors inställning till suicid och suicidpatienter relaterade till specialisering, ålder, utbildning, arbetserfarenhet och religion i det vårdande mötet utförd av Talseth och Gilje (2011) framkom det i resultatet att äldre och mer utbildade sjuksköterskor var mer benägna att hålla med om patientens rätt att dö under vissa omständigheter. Äldre och mer erfarna sjuksköterskor verkade ha en mer positiv inställning till suicidpatienter än yngre och mindre erfarna sjuksköterskor. Högre utbildade samt icke-religiösa sjuksköterskor hade en mer positiv inställning till självmordsbeteende.

Sjuksköterskor som vårdat 1-10 suicidpatienter var mer positivt inställda än de som vårdat fler än 10. Psykiatrisjuksköterskor ute i samhället och akutsjuksköterskor var generellt mer positivt inställda.

Ouzouni och Nakakis (2013) utförde en studie i Grekland för att studera sjuksköterskors inställning till patienter som försökt begår suicid. Forskningsdesignen i studien hade en tvärsnittsdesign. Studien visar på att respondenterna beskrev att de upplevde en rad olika känslor inför sjukhusinläggningen av patienter som försökt begår suicid. Sådana känslor var ansvarskänsla, sympati, empati, obehag, nedstämdhet, frustration, irritation, rädsla, medan den minsta andelen rapporterade vrede på 14,1 procent.

Studien visade även på att kvinnor hade en mer positiv inställning till suicidförsök än män och de som hade mest positiv inställning till suicidförsök var de från åldersgruppen 21-25 år.

Vad bekräftar vårdavdelning och sjuksköterskors inställning till suicidförsök visar resultaten att den mest positiva inställningen fanns hos sjuksköterskor som arbetar på kirurgavdelningar

och därefter i ordningsföljden ortopedisk, medicinsk, akutavdelning, och den mest negativa inställningen fanns på intensivvårdsavdelningen. Sjuksköterskor med magisterexamen och specialisering inom omvårdnad hade statistisk signifikant mer positiv inställning till patienter som gjort suicid.

### **2.1.2 Forskning kring sjuksköterskans vårdande möte med patienter med substansberoende**

Hur det vårdande mötet upplevs av sjuksköterskan på en psykiatrisk vårdavdelning med patienter som lider av substansbrukssyndrom (substance use disorder - SUD) är presenterat i Johansson och Wiklund-Gustin (2016) forskning. Studien är kvalitativ och data samlades in under reflekterande gruppdialoger med sex sjuksköterskor på ett psykiatrisjukhus.

Resultatet visar på att i det vårdande mötet blev sjuksköterskan medveten om patientens dolda sårbarhet. Denna sårbarhet framstod som en källa till lidande. Sjuksköterskorna menade att patienterna antogs undanhålla sin sårbarhet genom att visa upp en fasad i ett försök att dölja sin sårbarhet, och att använda en särskild jargong, vilket ofta uppfattades som en negativ attityd. Därför strävade sjuksköterskorna efter att se bortom fasaden och erkänna patienternas lidande. Detta innebar också en förståelse av patienternas användning av droger som ett medel för att minska lidandet. Att fokusera enbart på minskning av droger ansågs därför inte effektivt, så länge patienterna inte lärde sig nya färdigheter i att hantera livet. Detta beteende gav upphov till frustrationskänslor hos sjuksköterskorna.

Resultatet visade också på att det var en balansgång för sjuksköterskan att vara stöttande eller en väktare av ordning gentemot patienten. Detta på grund av att sjuksköterskan uppfattade att patienterna levde ett liv med få gränser. Sjuksköterskan kände därmed ett behov av att hjälpa patienter att anpassa sig till gränser på vårdavdelningen. Detta var ibland tudelat eftersom begränsningar och regler sågs som nödvändiga för att bibehålla ordningen på avdelningen, men att det samtidigt kunde utgöra ett hinder för omvårdnaden genom att vara för strikt och fantasilös.

### **2.1.3 Forskning kring sjuksköterskans kompetens i psykiatrisk vård**

I Reid och Longs (1993) kvalitativa studier visar studiens resultat på att hälften av deltagarna i studien ansåg att de hade adekvat utbildning men samtidigt uttryckte 38 procent av de som ansåg att deras utbildning var adekvat, att de hade svårt att kommunicera med patienten som försökt begår suicid.

I Talseth och Gilje (2011) kvalitativa innehållsanalys visade forskningen på Komplexiteten i den kunskap som sjuksköterskor behöver för att vårda suicidpatienter var tydlig. En femtedel av sjuksköterskorna underskattade patientens suicidrisk; mer än hälften lyckades inte identifiera oro och rädslor som suicidriskfaktorer. Dessutom, när sjuksköterskor bedömde patientens suicidrisk hade de svårt för att korrekt särskilja indikatorer på bl.a. depression, ångest, sorg och självmord. Några sjuksköterskor (18,3 %) indikerade att oro krävde extra utvärdering, men enbart 0,3 % av dessa gav emotionell support som vårdåtgärd. I denna komplexa yrkesroll inkluderades även samtidigt att lyssna, informera annan vårdpersonal, implementera förebyggande arbete, bedöma suicidrisk och efterfråga psykiatrisk utvärdering. Att vårda suicidpatienter inkluderade riskbedömning och åtgärder, identifiera problem, övervaka säkerhet, ge stöd till patienten och anhöriga, utveckla terapeutiska relationer, utforska och prata om suicidtankar och intention.

Resultatet i Talseth och Gilje (2011) forskning visar också på att, för att på djupet vårda och förstå suicidala patienter räckte det inte med teorier och modeller, utan man var även tvungen att konfrontera sina egna önskningar, behov och frustrationer, vilket kunde vara en smärtsam process.

I en australiensisk kvalitativ studie av O'Brien (2000) visar på forskning gällande sjuksköterskans personliga kompetens. Målet för föreliggande studie är att tolka erfarenheter av relationen mellan sjuksköterskan och patienten inom psykiatrisk kontext ute i samhället.

I studiens resultat framkom det att färdigheter som är av betydelse i att etablera och behålla relationen med klienter med psykisk ohälsa är att vara självutlämnande genom att sjuksköterskorna använde sig av sin egen livserfarenheter i relationen. Genom att vara medvetna om sitt " eget jag" kunde de avgöra vad de skulle berätta och använda från sin egen livserfarenhet i arbetet med klienterna.

I resultatet framkom det också att etablera förtroende var viktiga färdigheter. Trovärdighet ansågs utgöra provet för hur framtiden såg ut för relationen. Att vara trovärdig inbegrep att vara pålitlig, regelbunden och förutsägbar. Att känna sin klient var därmed en viktig aspekt. På så sätt kunde sjuksköterskorna förstå hur sjukdomen påverkade dem, veta vilka åtgärder som skulle vara användbara och känna igen tidiga tecken på återfall.

Faktorer som påverkar sjuksköterskans beslutsfattande som är avgörande för hur närvarande sjuksköterskan är i sitt arbete med patienter med psykiska lidelser är huvudfokus i Hellzens (2004) kvalitativa studie. Resultatet visar på att den viktigaste faktorn för tiden de tillbringade

med den enskilda patienten, bortsett från det som ingår i deras arbete av obligatoriska eller planerade aktiviteter, var om tyckte om patienten ifråga.

Patienter som ingen tyckte om lämnades oftast ensamma. En sjuksköterska medgav att hon blivit blind för sina brister. Ensam tid nämndes bero bland annat på medarbetare eller på att konflikter inom personalen uttömde deras energi till den grad att de inte orkade vara med patienten. Sjuksköterskorna uttryckte även att de var låsta till den traditionella psykiatriska omvårdnadskulturen, vilket förhindrade dem att se ur nya och alternativa perspektiv (Hellzen, 2004).

#### **2.1.4 Forskning kring sjuksköterskans kompetens i substans-behandling**

Forskningsresultatet från Kelleher och Cotter (2009) kvantitativa studier kan förstås som att sjuksköterskan underskattar sin kompetens då det framkom i studien att de flesta respondenter ansåg att läkare som tidigare diagnostiserat alkoholberoende förbättrar chanserna till en lyckad behandling (83,1 procent) och att engagemang från familjen är en mycket viktig del i behandlingen av alkohol- eller andra drogberoenden (92,3 procent). En majoritet av respondenterna höll även med om att föräldrarna bör lära sina barn hur man brukar alkohol (80 procent). På liknande sätt höll en majoritet av respondenterna med om att det bästa sättet för en läkare att behandla alkohol/drogberoende patienter är att remittera (henvisa) dem till ett bra behandlingsprogram. Långtidsbehandling av patienter i öppenvården är nödvändig för behandling av drogberoende och att stödrådgivare kan erbjuda effektiv behandling för alkohol- och andra droganvändare.

#### **2.1.5 Inriktning av eget arbete**

Tidigare forskning som både är kvantitativ och kvalitativ, hänvisar främst till sjuksköterskans erfarenheter och hållningar i det vårdande mötet med patienter med suicidala tankar och det vårdande mötet med patienter med substansberoende. Det finns även forskning på sjuksköterskans kompetenser i psykiatrisk kontext samt det jag tolkar som avsaknad på sjuksköterskans kompetenser inom substans-behandling.

Det finns en brist på vetenskapliga studier som inriktar sig på sjuksköterskors fagliga kompetenser i kontexten substansbehandling och suicidtankar. Kontexten i denna masteruppsats är substansbehandling på en avdelning med inlagda patienter inom specialisthelsetjenesten, där jag är ute efter sjuksköterskans erfarenheter som arbetar med denna patientgrupp. Jag fokuserar på deras kompetenser med denna målgrupp.

## 2.2 Teoretiska perspektiv

### 2.2.1 Psykisk helsearbeid

För att förstå hälso begreppet tar Lorem (2014) utgångspunkt i att hälsa är inte det motsatta till sjukdom, symtomer eller smärta, vilket är en vanlig utgångspunkt när man pratar om vad som är en bra och en dålig hälsa. Lorem (2014) ställer sig frågan om det inte är möjligt att förstå hälso begreppet på dess egna premisser, det vill säga istället för att sätta focus på sjukdom bör focuset vara på vilket sätt hälsa påverkar det vardagliga livet vid bortfall av hälsa. Genom att studera begreppet hälsa blir hensikten bland annat att definiera målsättningen för hälsofrämmande arbete (Lorem, 2014).

Hälsofrämmande arbete kan även förstås genom det Hummelvoll (2012) benämner som sykepleieprosessen. I denna processen är det två förlopp som går in i varandra. Det ena förloppet är problemlösning, vilket definieras utifrån Callista Roys förklaring av sykepleieprocessen (Hummelvoll, 2012, s. 38)

*”en problemløsningsmetode for å samle data, identifisere problemer, velge ut og gjennomføre tiltak og evaluere resultatene av sykepleien i relasjon til den syke eller potensielt syke person”*

Det andra förloppet i sykepleieprocessen är kommunikation och relationsperspektivet som är förankrat i den åndvitenskapliga traditionen. Där förståelse och tolkning går före förklaring av ett fenomen eller en situation enligt Hummelvoll (2012).

I det kliniska arbetet med psykiatriska patienter är en avgörande roll i bedringsprocessen att det finns ett ömsesidigt grundlag för tillit och öppenhet för att det ska bli ett bra samarbete i det Hummelvoll (2012) benämner som sykepleier-pasient-fellesskapet. Psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde i det kliniska arbete i psykisk helsearbeid är att styrka patientens egenomsorg och därigenom kan patientens hälsoproblem reduceras/mildras. Genom fellesskap och samarbete med patienten arbetar sjuksköterskan med målsättning att patienten ska ha självrespekt och finna egna hållbara livsväderingar. Sjuksköterskan kan även vid vissa situationer föra patientens talan, det kan exempelvis vara vid situationer när patienten inte själv ha förmågan att uttrycka sina behov eller åsikter (Hummelvoll, 2012).

### 2.2.2 Substansberoende patienter

Det krävs tre kriterier av sex möjliga som ska vara uppfyllda för att ställa diagnosen



substansberoende enligt ICD-10. Ett sjukdomstillstånd som är orsakat av läkemedel, alkohol eller narkotika innebär således i medicinska termer att man har ett substansberoende (ICD-10). I den här masteruppsatsen används begreppet substansberoende i kontexten av att det handlar om missbruk av alkohol samt missbruk av narkotika- klassade substanser.

Att ha ett substansberoende och ett substansmissbruk går oftast in i varandra. ICD-10 definieras begreppet missbruk med termen skadligt bruk. Skadligt bruk innebär att man intar psyko aktiva substanser som skadar hälsan. Enligt ICD-10 är skadan antingen fysisk eller psykisk. En fysisk skada kan vara intravenöst missbruk som leder till hepatit C medan en psykisk skada kan vara ett depressionstillstånd som medför hög alkoholkonsumtion. Skadligt bruk diagnostiseras endast om det sedan tidigare föreligger ett substansmissbruk som leder till fysiska eller psykiska medicinska skador (ICD-10).

Behandlingen för inlagda patienter på en substansberoende avdelning kan vara; nedtrappning av mediciner under kontrollerade former med stöd från personal under avrusningsperioden. Miljöterapeutisk behandling i form av motivering och stabilisering där man fokusera på grundläggande behov och goda relationer. Fysisk aktivitet som anpassas efter den enskilda individens behov (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2017).

### **2.2.3 Suicidtankar**

Begreppen självmord och suicid är synonymer med varandra, och i denna masteruppsatsen används ordet suicid då begreppet är mindre värdeladdat. Suicid är en avsiktlig handling som är destruktiv och leder till döden, medan suicidförsök är en avsiktlig handling som är destruktiv men som inte leder till döden. Suicidförsök är i högre grad präglad av ambivalens jämfört med suicid. I stället för en tydlig avsikt att ta sitt liv finns det önskningar, fantasier, tankar om att komma bort. Detta i sin tur kan leda till avsikter, planer och eventuella beslut som även är tecken på en allt intensivare suicidprocess (Nationalencyklopedin, 2016).

Suicidtankar, dödsönskan, dödstanor samt suicidavsikt är förstadier i den så kallade suicidprocessen och betonar utvecklingen av risk för suicid och hur livet utvecklar sig över tid gällande det destruktiva tänkandet och hur ens handlingar blir bemött av omgivningen.

Denna process leder i sin tur till en uppdelning av självmordspreventiva åtgärder, så kallad primär och sekundär prevention. Primär prevention är åtgärder som begränsar tillgängligheten av suicidmetoder. Exempel på detta kan vara minskad koldioxidhalt i hushållsgas eller

suicidpreventiva åtgärder som är riktade mot själva suicidprocessen, i form av konsekvent behandling av och profylax mot depression och hjälp vid olika krissituationer. Sekundär prevention är att upptäcka tidiga signaler av suicidprocessen och sätta in åtgärder mot den (Nationalencyklopedin, 2016).

#### **2.2.4 Det vårdande mötet**

I min masteruppsats har jag valt att kalla relationen mellan sjuksköterskan och patienten ”det vårdande mötet”. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är förutsättningen för att en vårdrelation ska kunna etableras att fokus sätts på patientens upplevda hälsa. Grundmotivet är att lindra lidande och bidra till ökad känsla av livskvalitet för patienten. Andra krav som ställs är att sjuksköterskan ska sträva efter att försöka skapa ett samspel med patienten. Thornquist (2009) menar att ansvaret för det vårdande mötet ligger hos vårdpersonalen. Det är vårdpersonalen som samtalar med patienten och därmed får vårdpersonalens frågor betydelse vid planering, genomförande och utvärdering av patientens helomfattande hälsotillstånd.

I det vårdande mötet kan man inta olika lyssningspositioner, vilket enligt Jensen och Ulleberg (2012) innebär att den som lyssnar antar olika positioner eller förhållningssätt i syfte att få information från patienten. Det mest grundläggande och viktigaste lyssningspositionen är den nyfikna positionen, i vilket den lyssnande parten har en önskan av och ett intresse för att förstå det patienten förmedlar, och är öppen för att inhämta kunskap som han/hon inte redan känner till. Svenaeus (2005) menar att patienten är ett lidande subjekt, inte bara ett biologiskt objekt, vilket betyder att han/hon har behov av att bli förstådd och få hjälp. Det är patientens biologiska lidande som fört honom/henne till vården, bakom detta lidande finns det en människa och en berättelse.

Forskning om relationen mellan vårdpersonal och suicidbenägna patienter visa att det vårdande mötet varierar mellan närhet och distans. Närhet i det vårdande mötet kännetecknas av att vårdpersonal upplever att patientens behov kan uppfyllas och att patienterna får den hjälp de behöver för att sätta ord på sina känslor. Distans i denna kontext motsvarar tvärtom att vårdpersonalen upplever det svårt att närma sig patienten vilket leder till att vårdpersonalens bemötande av patienten präglas av en undvikande hållning (Talseth, Lindseth, Jacobsen & Norberg, 1997). Betydelsen av ömsesidighet i det vårdande mötet, vilket beskrivs som en subjekt-subjekt relation enligt Vatne (2006). Det motsatta är en subjekt-objekt-relation som tenderar att dominera inom vården och skapas ofta helt omedvetet av vårdpersonalen i mötet med patienten. I en sådan relation är det vårdpersonalen som bestämmer eller förutsätter vad

som är rätt för patienten, vilket kan framkalla aggression och motstånd eftersom patientens känslor inte blir bemötta eller förstådda. I en subjekt-subjekt-relation har istället båda parter samma rätt till sin egen upplevelse och relationens samtal har en subjektiv grund (Vatne, 2006). Enligt Topor et al. (2011) utgår man på många psykiatriska enheter traditionellt från att patienten inte vet sitt eget bästa, vilket författarna menar utgör ett stort hinder för psykiatrin i att realisera åtgärder för patientbestämmande, det vill säga brukarerfaring. Inom psykiatrin förutsätts det ofta att patientens slutledningsförmåga är bristfällig och att patientens uttalanden inte bör beaktas utan att de omtolkas av vårdpersonalen. Således kan det vårdande mötet många gånger upplevas som icke vårdande av både vårdpersonalen och patienten.

### **2.2.5 Professionell kompetens till sjuksköterskan**

Skau (2015) delar in människans samlade professionella kompetens i teoretisk kunskap, yrkesspecifika färdigheter och personlig kompetens. Skau menar att dessa tre perspektiv kommer till uttryck samtidigt men beroende på kontexten har de olika tyngd. Den professionella kompetensens tre aspekter påverkar varandra, hänger samman och är beroende av varandra.

### **2.2.6 Professionell kompetens från ett yrkesspecifikt färdighetsperspektiv**

Skau (2015) skriver om yrkesspecifika färdigheter. Hon säger att många yrkesspecifika färdigheter omfattar det professions specifika ”hantverket”, det vill säga, praktiska färdigheter, tekniker och metoder som är kopplade till specifika yrken och som används i professionsutövningen.

Grimen (2008) gör skillnad på klassiska professioner och praktiska yrken. I de klassiska professionerna är den vetenskapliga kunskapen och en del element av praktik det centrala. Det kan vara yrken så som sjuksköterska, lärare och advokater. De praktiska yrkena som exempelvis snickare och elektriker kräver också kunskap och yrkesspecifika färdigheter med de räknas inte under kategorin profession (Grimen, 2008). Människor med hög färdighetskompetens betecknas oftast som duktiga praktiker eller hantverkare där kunskapsformen för dessa hantverksprofessioner främst bygger på praktik, teknik och metod (Skau, 2015). Man kan således vara en duktig hantverkare utan att kunna redogöra teoretiskt för vad man gör, enligt Skau (2015) behöver denna kompetens- form även både teoretisk insikt samt personlig kompetens.

Molander (1996) menar att tre viktiga moment för att lära sig något finns i skärningspunkten mellan:

\* *Övning eller träning*

\* *Diskussioner om teknik, reflektion över hur något gjordes, de möjligheter som fanns och de som kan skapas- för att få ett språk som hör till verksamheten.*

\* *Det personliga inträdet i en tradition, genom en mästare, berättelser och minnen har en viktig funktion för att skapa en professionell identitet (Molander, 1996 sid. 13).*

Dessa tre moment utgör en enhet för kunskap enligt Molander (1996). Det praktiska lär man sig genom föredöme, övning och personlig erfarenhet. Den här typen av kunskapstradition förmedlas främst genom mästare till lärling och Molander (1996) benämner denna typ av kunskap även som ”tyst kunskap”. Molander (1996, s. 38) menar att *”basen i den här typ av kunskap inte finns i en eller annan språklig formulering utan i verksamheten att göra och genomföra uppgifter”*. Kunskapen finns i handlandet och de bedömningar som görs i förbindelse med handlandet. All kunskap är således i grunden tyst, därför att vårt handlande och vår förståelse är tyst och det är först när vi ger orden en innebörd som den tysta kunskapen upphör (Molander, 1996).

En annan grundläggande modell för kunskapsbildning är genom dialogen. Genom den dialogiska formen där tankar och repliker gestaltas inviteras läsaren till att bli en deltagare. Dialog är i första hand en aktivitet och målet är *–att finna kunskap och insikt som deltagarna redan har, även om de inte vet att de ha den. Frågor, svar och reflektion skall göra icke reflekterande kunskap och insikt tillgänglig. Att detta mål aldrig till fullo uppnås är också en viktig sida av dialogen* (Molander, 1996 sid. 85). Dialog är också en form för reflektion från ett bredare perspektiv av kunskapsbildning enligt Molander (1996).

Benner (1993) fokuserar specifikt på sjuksköterskans kompetens i praktiken i sin bok *”Från novis till expert”* - där hon beskriver hur kunskap och praktiska färdigheter tillsammans utvecklar sjuksköterskan i hennes yrkesroll. Vidare menar Benner att teoretisk kunskap är viktig när det gäller att förklara saker och ting, men att ”veta att” och det att ”veta hur” är två helt skilda former. Där Benner (1993) refererar till att ”veta att” kunskap är teoriförankrad medan ”veta hur” är kunskap som utvecklats genom klinisk erfarenhet av den praktiska verksamheten, det vill säga att med andra ord, är en erfarenhetsförankrad kunskap som utvecklats genom olika typer av inläring. En praktisk färdighet.

### **2.2.7 Professionell kompetens från ett teoretiskt kunskapsperspektiv**

Skaus (2015) definition av teoretisk kunskap är en samling kunskap som innefattar både faktakunskap, allmänskunskap samt forskningsbaserad vetenskap. Vidare säger Skau att teoretisk kunskap är opersonlig och allmän vilket under de senare åren rönt stor framgång inom den akademiska kretsen. Teoretisk kunskap kan man läsa sig till via det som människor generellt betraktar som en auktoritet, det vill säga en instans med auktoritet som lär ut ett påstående eller en ”sanning” som människan i sin tur tar till sig som teoretisk kunskap. Teoretisk kunskap kan också läras in genom att man studerar en bestämd kunskapsmängd för att bestå ett prov eller att man sätter olika kunskaper mot varandra med en kritisk blick för att ny kunskap ska kunna uppstå.

Sjuksköterskan som arbetar inom vårdsektorn har en teoretisk utbildning men utövandet sker oftast i praktiska handlingar. Hur den professionelle utövar sin profession, det vill säga i detta fall hur den professionelle integrerar teori och praktik kommer att visa sig i interaktionen med omgivningen. För att kunna integrera teoretisk kunskap och praktiskt utövande behövs reflektion. För att göra den teoretiska kunskapen förståelig och hanterbar i professionsutövandet är reflektion nödvändigt, det vill säga en viktig del av det Skau (2015) bland annat definierar som personlig kompetens.

### **2.2.8 Professionell kompetens från ett personligt kompetensperspektiv**

Det sista perspektivet i Skaus (2015) definition av människans samlade professionella kompetens är den personliga kompetensen. Det är via den personliga kompetensen som professions utövarens interaktion med omgivningen visar sig, det vill säga den personliga kompetensen handlar om vem vi är som person, både som individ men även i interaktion med andra. Som utgångspunkt är den personliga kompetensen inte kopplad till ett specifikt yrke men den används oftast i samband med professionsutövandet.

Då det gäller specifikt sjuksköterskans personliga kompetens vid professionsutövandet lägger Skau (2015) särskild vikt på egenskaper som inlevelseförmåga, empati, förmågan att vara närvarande vid patient- och anhörig kontakt samt att hålla huvudet kallt vid kritiska situationer. Andra egenskaper är att kunna ta självständiga beslut när situationen kräver det samtidigt, som sjuksköterskan ska ha ett bra tvärfagligt samarbete med de andra yrkesgrupperna.

Sammanfattningsvis menar Skau (2015) att den personliga kompetensen är en unik sammansättning av egenskaper, hållningar och färdigheter som är intuitivt anpassad efter professionsutövarens kontext.

Den personliga kompetensen är en kunskapsform som är personlig och erfarenhetsbaserad, till skillnad från den allmänna och vetenskapliga kunskapen som per definition inte är beroende av att det är en specifik person som utövar den. Det vill säga professionsutövandet av tekniker, procedurer och metoder kan utövas oavsett vem det är som utför den till en viss grad.

Den personliga och erfarenhetsbaserade kunskapen är även subjektiv och vid interaktion reflekterar människan över den kontextuella interaktionen. De teorier och begreppsdefinitioner utövaren använder i den kontextuella interaktionen visar sig i form av reflektion (Skau, 2015).

### 3. Vetenskapsteoretiskt perspektiv

Denna masteruppsats vilar på en kvalitativ metod med ett fenomenologisk tillvägagångssätt med hermeneutisk fortolkning, då jag ska studera fenomenet - **vilka fagliga kompetenser är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar** - och sedan tolka det fenomenet.

Vid kvalitativ metod använder sig forskaren av både beskrivningar och tolkningar och dessa går in i varandra, då det inte går att använda den ena utan att använda den andra eftersom varje beskrivelser är färgat av tolkningar och varje tolkning är även baserat på beskrivelser (Malterud, 2013).

Den hermeneutiska traditionen handlar således om tolkningar av synpunkter i människans uttryck och den fenomenologiska traditionen representerar en förståelseform där människans erfarenheter räknas som giltig kunskap (Malterud, 2013).

När man pratar om fenomenologiskt begrepp från ett kvalitativ forskningsperspektiv handlar det om att förstå sociala fenomen utifrån aktörens perspektiv och att aktören beskriver världen som den upplevs av den enskilde (Kvale & Brinkmann, 2015).

Begreppet hermeneutik härstammar från det grekiska verbet hermeneuein och betyder att tolka eller förtolka (Næss, 1980). Begreppet är även förbundet med den grekiska guden Hermes som bringar budskap från andra gudar och kunde därmed uppenbara för människan det som annars skulle varit avstängt för dem (Næss, 1980). Hermeneutisk forskningsprincip handlar om att förtolka eller förstå fenomenet genom att knyta det till en hensikt och centrala begrepp inom hermeneutiken är således helhet, del och sammanhang (Garsjø, 2001).

## **4. Metod**

### **4.1 Kontexten för studien**

Sjuksköterskorna jag har intervjuat arbetar på substans-behandling på dygnavdelning inom specialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Kontexten för studien är inlagda patienter som ska motta substans-behandling och målgruppen var patienter som var inlagda frivilligt eller med tvång, beroende på risken för överdos och därigenom för patientens liv. Patienter som har dubbeldiagnoser, det vill säga både substansberoende och en psykiatrisk diagnos, kommer vanligtvis till en akutavdelning och det är inte den patientgruppen sjuksköterskan arbetar med i denna kontexten.

#### **4.1.1 Kvalitativ forskningsintervju**

Det empiriska datamaterialet som använts i studien samlades in under våren 2016 med hjälp av kvalitativ forskningsintervju. Det metodiska tillvägagångssättet i dessa intervjuer var baserat på semistrukturerade frågor. Enligt Kvale och Brinkmann (2015) är denna intervjuform varken ett låst samtal utefter ett frågeformulär eller helt öppna samtal. Semistrukturerade intervjuer är enligt författarna en intervjuguide som ringar in bestämda teman och som kan innehålla förslag till frågor.

Malterud (2009) betonar vikten av att undvika en allt för detaljerad intervjuguide, - om samtalet ska öppna upp för nya frågor utefter problemställningen, och den som intervjuar bör inte följa intervjuguiden slaviskt. Det rikaste empiriska datamaterialet fås fram genom att intervjuaren uppmuntrar deltagarna att dela med sig av sina egna erfarenheter i form av konkreta självupplevda händelser som haft betydelse för honom eller henne själv.

## **4.2 Datainsamling**

### **4.2.1 Urval**

I min masteruppsats har jag valt att använda mig av strategiskt urval, vilket betyder att man väljer de informanter som av olika anledningar kan uttala sig på ett reflekterande sätt om det fenomen som ska belysas (Tjora, 2010). Informanterna är därmed rekryterade utefter en förmodan att de besitter områdeskunskap som kan bidra till att belysa masteruppsatsens problemställning.



Inklusionskriterierna för att få delta i studien var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor, med eller utan vidareutbildning i psykisk helsearbeid. De skulle även arbeta inom specialisthelsetjenesten samt ha minst 4 års arbetserfarenhet som sjuksköterska och erfarenhet av inlagda patienter med substansberoende och suicidtankar.

Det var totalt tre sjuksköterskor som deltog i studien och det var endast en av dem som hade vidareutbildning i psykisk helsearbeid. En av deltagarna var man och resterande var kvinnor, alla med en ålder mellan 30-50 år. Deltagarna var rekryterade från en avdelning inom substansbehandling i specialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

#### **4.2.2 Rekrytering av deltagare**

För att rekrytera deltagare till studien ringde jag personligen den ansvariga enhetsledern vid den aktuella avdelningen för substansbehandlingen i specialisthelsetjenesten i Nord-Norge och presenterade mig själv och mitt projekt. Detta gjorde jag under tiden jag inväntade godkännande från personvernombudet for forskning (NSD) för att göra rekryteringen av deltagare mer effektiv och tidsbesparande. När jag hade fått svar från NSD, efter cirka fyra veckors behandlingstid, skickade jag ut en officiell förfrågan via e-post till enhetsledarna. I förfrågan presenterade jag återigen mig själv och mitt projekt samt bifogade informationsbrevet och dokumentet om informerat samtycke om deltagande i studien (bilaga 3). Förfrågan gällde möjligheten att göra en datainsamling genom att intervjua de sjuksköterskor på den aktuella avdelningen som uppfyllde studiens inklusionskriterier. Enhetsledern ombads även att vidarebefordra min förfrågan till de deltagare som hon/han ansåg uppfylla kriterierna och kunde tänkas delta i studien. Jag som student hade därmed i detta skede inte någon direktkontakt med de deltagare som senare valde att medverka i studien, med motiveringen att inte påverka deltagarnas frivillighet att delta.

Ca en månads tid efter att jag mailat min förfrågan om deltagande i studien till enhetsledarna, mailade jag tillbaka till enhetsledarna igen för att höra mig för om det fanns några intresserade potentiella deltagare.

Rekryteringen resulterade i att tre deltagare, sjuksköterskor från en och samma avdelning accepterade deltagande i studien. Jag tog därefter personlig kontakt med dem för att avtala datum och tid för intervjun.

Samtliga gav skriftligt informerat samtycke till att delta i studien med förbehåll om att det var frivilligt att delta i studien och att de när som helst kunde dra tillbaka sitt samtycke utan att ange någon förklaring.

#### **4.2.3 Förberedelse inför intervjuerna**

Intervjuguiden (bilaga 4) konstruerades med utgångspunkt från min problemställning. Jag hade sex huvudfrågor med tillhörande uppföljningsfrågor som eventuellt kunde vara till stöd för deltagarna beroende på vilken riktning intervjun tog. Uppföljningsfrågorna var även avsedda att hjälpa deltagarna att gå djupare i sina reflektioner kring den upplevda situationen. Ett annat syfte med intervjuguiden var att få deltagarna att undvika en generell beskrivning av situationen.

Att hitta relevanta frågor för att kunna besvara problemställningen var svårt och tidskrävande. Jag gjorde om intervjuguiden många gånger. Det var viktigt att frågorna skulle vara öppna och relevanta samtidigt som de skulle vara inbjudande till att deltagarna önskade berätta.

Frågorna fick inte vara för breda. Jag var lite orolig för informanterna skulle vara fåordiga och att jag skulle få för generella svar, trots uppföljningsfrågorna.

Jag gjorde därför i förväg en pilotintervju på en tidigare kollega som arbetat inom detta ämnesområde för att träna mig i rollen som intervjuare och för att se om intervjuguidens frågor gav mig de svar som de va avsedda till. Jag följde intervjuguiden slaviskt och jag som intervjuare var under intervjun upptagen med att det tekniska skulle fungera. De reflektioner som gjordes i efterkant av pilotintervjun var att jag hade för stort focus på det tekniska och att det blev inget naturligt flyt i intervjun då jag följde intervjuguiden slaviskt. Dock gjordes det inga ändringar på intervjuguiden efter pilotintervjun.

#### **4.2.4 Genomförande av intervjuerna**

Intervjuerna genomfördes i mars och april månad 2016 på deltagarnas arbetsplats. Avdelningens sekreterare var behjälplig med att boka ett avskilt grupprum utanför avdelningen där intervjuerna föregick. Efter att ha genomfört första intervjun lyssnade jag igenom inspelningen på bandupptaget senare samma dag flera gånger för att utvärdera hur intervjun hade gått och eventuellt göra förbättringar eller reflektioner inför intervju nummer två. Samma procedur genomfördes inför intervju nummer tre. De tre intervjuerna genomfördes under en period på två veckor. Deltagarna fick själva välja tid och dag för intervjuerna. Min första deltagare var initiativtagare till att avdelningens sekreterare kunde boka grupprum och detta

förslag gav jag vidare till de andra deltagarna. Alla deltagarna arbetade i tur och två av intervjuerna förlades innan de skulle gå på sin kvällsvakt då ingen av dem fick tillåtelse att genomföra intervjun på arbetstid. En av informanterna ställde upp på sin lediga dag.

Samtliga intervjuer började med att jag presenterade mig själv och gick igenom informationsbrevet, därav hensikten med projektet, etiska överväganden och hur intervjun skulle genomföras. Deltagarna fick även tid till att ställa frågor innan intervjun började och därefter skrevs informerat samtycke under.

Intervjuerna varade mellan 30-45 minuter. För att undvika att gå miste om viktig information relaterad till problemställningen avslutade jag alla tre intervjuer med att fråga om deltagarna hade något de önskade tillägga som de ansåg vara relevant och som jag inte frågat om tidigare. Samtliga av de tre intervjuerna var ostrukturerade i den bemärkelsen att jag inte följde intervjuguiden slaviskt. Jag var genuint intresserad av vad deltagarna hade att berätta. Att jag var intresserad vad de pratade om framkom under intervjun genom att jag inte avbröt dem när de pratade samtidigt som jag också gav utrymme för stillhet och paus när deltagarna hade behov för det.

#### **4.2.5 Klargörande av egen förförståelse**

Under hela forskningsprocessens arbetsgång har jag reflekterat om min egen förförståelse och mina fördomar kan ha genomsyrat studiens utformning och resultat. Enligt Yin (2013) påverkar var och ens forskar-glasögon selektiviteten i forskningsprocessen, vilket medför att bedömningen av vilka data som är relevanta att samla in på fältet samt tolkningen av resultatet kommer att färgas av forskarens egna motiv.

Jag har själv erfarenhet av att ha arbetat med människor som har psykiska lidelser och substansberoende och dessa erfarenheter har jag med mig in i mötet med deltagarna. Det kan hända att mina tidigare erfarenheter med denna målgrupp också kan ha inslag av fördomar och en trolig begränsning i studien kan vara svårigheten för mig som författare att hantera data med öppna och fördomsfria ögon. Thagaard (2013) tar upp nyttan och konsekvenser med att forska i sitt eget ämnesområde. Hon menar att det kan vara lättare att uppnå en förståelse av deltagarnas situation på grund av att forskaren delar liknande erfarenheter som deltagaren. Samtidigt kan det också vara en utmaning att forskaren och deltagaren i studien har liknande erfarenheter i ämnesområdet då forskaren tar viss kunskap som given sedan tidigare och forskaren kan då missa att ställa relevanta frågor gentemot problemställningen. Det har därför genom hela

forskningsprocessens arbetsgång varit viktigt för mig att vara öppen inför och nyfiken på deltagarnas berättelser som framkommer i form av data när jag har transkriberat deras texter och under genomförandet av intervjuerna.

Min intervjuguide har jag efter bästa förmåga försökt skapa så att mina frågor är anpassade för att få svar på min problemställning och inte utefter att få givna svar på saker och ting som kan bekräfta mina egna omedvetna fördomar eller förförståelser.

#### **4.2.6 Forskningsetiska aspekter**

Innan datamaterial kunde börja samlas in till studien för masteruppsatsen skickade jag en ansökan till Personvernombudet for forskning (NSD) för att få studien godkänd. Detta var nödvändigt på grund av att intervjuerna skulle spelas in, vilket bedöms som behandling av sensitiva upplysningar. Det tog fyra veckor innan jag fick projektet godkänt av NSD, och jag kunde kort därefter påbörja rekryteringen av informanter.

Forskaren har ett etiskt ansvar gentemot deltagarna i projektet och är kopplat till de konsekvenser forskningen kan medföra för deltagaren. Det innebär att man hela tiden måste ta hänsyn till eventuella integritetsintrång och obehag som informanterna kan tänkas utsättas för (Thagaard, 2013).

Under intervjuerna var jag medveten om att fenomenet som samtalet handlade om kunde upplevas som känsligt för deltagarna och medföra att deltagarna kände oro, dels för att bli igenkända om de förmedlade information om sig själva, dels för att temat oundvikligen berörs känslomässigt då deltagarnas hållning och arbetsmetod kan tänkas framkomma under intervjun. En annan aspekt var att deltagarna pratade om en specifik situation genom en tredje person, det vill säga patienten.

Med detta i beaktande hade jag i förväg, redan vid min ansökan till NSD utformat intervjuguiden så att deltagarna kunde uttala sig om temat utan att bryta mot tystnadsplikten. Det medförde att de inte behövde gå in på detaljer om patientens diagnos eller personliga egenskaper som kunde identifiera patienten. Även intervjumaterialet behandlades konfidentiellt, vilket innebar att samtliga deltagares identitet och arbetsplats anonymiserades i masteruppsatsen. Även de citat som användes i resultatet hanterades på ett sätt så att endast jag och deltagarna skulle kunde identifiera dem. Datamaterialet, det vill säga ljudinspelningen från intervjuerna, lagrades på en separat hårddisk med lösenord som endast jag hade tillgång till, samt att hårddisken var inlåst när den inte var i bruk.

Deltagandet i studien var frivilligt och samtliga deltagare fick i förväg skriftlig information via ett informationsbrev samt muntlig information före själva intervjun. De blev även i informationsbrevet informerade om att deltagandet när som helst under projektets gång kunde avbrytas utan att de behöva förklara varför.

### **4.3 Analys av datamaterialet**

#### **4.3.1 Transkribering av intervjuerna**

För att kunna analysera den information som deltagarna har delat med sig av var jag först tvungen att omvandla ljudupptagningarna från intervjuerna till text. Med andra ord överförde jag datamaterialet från muntlig till skriftlig form via transkribering. Malterud (2013) - och Tjora (2010) - menar att vid transkription sker alltid en förvrängning av händelsen som transkriberas trots att det som sagts under intervjun återges i detalj. Författarna framhåller att det är därför viktigt att den som transkriberar både skriver ner samtalet och fångar upp det i en form som på bästa möjliga sätt återspeglar det som informanten avsåg att förmedla.

Det är jag själv som har både intervjuat deltagarna och transkriberat ljudupptagningarna från intervjuerna. Enligt Malterud (2013) förstärker det analysmaterialets validitet om transkriberingen utförs av den som genomfört intervjun, bland annat för att det är lättare för denna person att minnas detaljer som kan förtydliga oklarheter eller andra moment som är viktiga för att innebörden korrekt ska återges. Transkribering är tidskrävande och det skriftliga material som produceras kan vara omfattande. Det kan även vara svårt att höra det som sägs från ljudupptagningen, vilket är ytterligare ett skäl till att den som utfört intervjun också bör utföra transkriberingen själv (Malterud, 2013).

Alla mina ljudupptagningar är av god kvalitet, jag kunde klart och tydligt höra vad som sades och det fanns inga störande ljud i bakgrunden som påverkade ljudkvaliteten negativt.

Under transkriberingen gick jag tillväga på så vis att jag skrev ner det jag hörde från ljudupptagningen, ord för ord. Jag har valt att inte skriva ner ljud så som exempelvis hummande och suckar som framgick under intervjun, då Thargaard (2013) menar att det är inte relevant i detta sammanhang då jag valt analysmetod systematisk textkondensering. Vid personcentrerade analytiska tillnärmingar är fokuset på meningsinnehåll i texten och hur deltagare uttrycker sig läggs inte stor vikt vid i den kontexten (Thargaard, 2013).

Även om jag tydligt hörde vad som sas krävdes det ändå att jag lyssnade koncentrerat och att jag ofta fick stanna ljudupptagningen och spola mycket fram och tillbaka för att vara säker på att allt blivit nedtecknat. Transkriberingstexten blev utskriven på norsk dialekt men den slutgiltiga presentationen av resultaten är på svenska. På detta sätt tog jag också hänsyn till deltagarnas anonymitet.

#### **4.3.2 Analys av datamaterialet**

I föreliggande projekt på masternivå används analysmetoden systematisk textkondensering. Malterud är inspirerad av Giorgis fenomenologiska analys, vilken fokusera på att utveckla kunskap om informanternas erfarenheter inom ett visst område (Malterud, 2009). Analys stegen enligt Malterud (2009) sid. 100 är som följer:

- 1. Att få ett helhetsintryck*
- 2. Att identifiera meningsbärande enheter*
- 3. Att abstrahera innehållet i de enskilda meningsbärande enheterna*
- 4. Att sammanfatta betydelsen av detta*

Nedan kommer jag att presentera varje steg i analysprocessen och redogöra för hur jag har använt mig av dessa fyra steg för att komma fram till mina resultat av datamaterialet mot bakgrund av hur Malterud beskriver dem.

#### **Första steget: helhetsintryck**

När samtliga intervjuer transkriberats påbörjade jag analysprocessen. Första steget, att få ett helhetsintryck utfördes genom att jag läste igenom alla intervjuer ett flertal gånger, dels för att bekanta mig med texten, dels för att skapa mig en övergripande bild av innehållet. I det här steget framhåller Malterud (2009), är det helheten som är viktigare än iögonfallande detaljer. För att kunna vara öppen för de intryck som den transkriberade texten kan förmedla och få fram informanternas röster är det dessutom av stor vikt att lägga den teoretiska referensramen och förförståelsen åt sidan (Malterud, 2013).

Vid genomläsningen av materialet ansträngde jag mig därför aktivt för att inte vika för impulsen att systematisera redan vid detta steg och för att lägga min förförståelse åt sidan genom att redan från början låta mina egna fördomar och det jag trodde mig veta om temat gå förbi. Malterud (2013) menar att detta är avgörande för att kunna få fram essensen av det fenomen vi studerar men poängterar samtidigt att det är ett onåbart scenario då man aldrig helt kan undvika att bli

påverkad av sin förförståelse. Det är därför viktigt att den som ska genomföra analysen har ett ansvarstagande och reflekterande förhållningssätt till sitt eget inflytande på materialet så att informanternas röster kan förmedlas på ett rättvist sätt (Malterud, 2013).

När jag till slut ansåg att jag hade läst igenom texterna tillräckligt många gånger sammanfattade jag mina intryck. Utifrån min problemställning skrev jag ner en lista på teman enligt mitt första intuitiva intryck av det informanterna berättade under intervjun. De teman jag skrev ner var: dialog, arbetsmiljö-, och hållningar

### **Andra steget: meningsbärande enheter**

I analysens andra steg sorterade jag upp relevant text och irrelevant text, fortfarande hela tiden utifrån problemställningen. För att skilja relevant från irrelevant text läste jag igenom alla intervjuerna igen, men denna gång med fokus på text som jag ansåg innehålla kunskap om de teman som jag skrev ner under första steget, det vill säga dialog, arbetsmiljö och hållningar. Under läsningen letade jag efter det som Malterud (2013) definierar som meningsbärande enheter. Hon poängterar att när man tar ut meningsbärande enheter är det bättre att ta ut för mycket text än för lite. Jag valde att ta ut meningar eller fraser och ibland hela textavsnitt. Omgivande text togs bort så att sammanhanget blev kvar.

Stora delar av datamaterialet blev därefter dekontextualiserat till en rad olika meningsbärande enheter utifrån mina tre teman från första steget. Dekontextualisering görs genom att delar av texten hämtas ut från sitt ursprungliga sammanhang för att senare kunna läsas i samband med besläktade text element (Malterud, 2009, sid. 104). Efter dekontextualiseringen kodade jag de olika meningsbärande enheterna. Enligt Malterud är en kod en etikett för att samla textbitar som har något gemensamt. Mina meningsbärande enheter kodades till tre olika koder: reflektioner, kommunikation och belastningar.

### **Tredje steget: abstrahering av innehållet**

I det föregående steget blev de meningsbärande enheterna sorterade i tre grupper med tre olika koder. I varje kodgrupp fann jag att koden omfattade många olika nyanser som beskrev olika aspekter av dess innebörd. Under analysens tredje steg sorterade jag därför in materialet i den aktuella kodgruppen i subgrupper, vilket gjorde materialets olika nyanser tydligare. I arbetsprocessen med koder och subgrupper blev det mycket fram och tillbaka, för att komma

fram till, att vissa meningsenheter måste byta subgrupp eller att subgruppen behövde en annan kod. Detta upplevdes som en tidskrävande och omständlig process.

Därefter analyserade jag subgrupperna och utarbetade då ett kondensat som beskrev, återberättade och sammanfattade varje subgrupp. Kondensatet ska innefatta det konkreta innehållet från de meningsbärande enheterna men omvandlat till en mer generell form. Vidare ska kondensatet utgöra ett stöd i form av en arbetsanteckning som ska användas som utgångspunkt i analysens fjärde steg då resultatet ska presenteras (Malterud, 2013).

I mina kondensat använde jag mig av jag-form, vilket också rekommenderas av Malterud (2013) då detta blir en påminnelse om att man representerar varje enskild informant så som de har uttryckt sig under intervjun. Jag tog sedan ut ett ”guld citat” från var och en av de subgrupper som jag ansåg återspegla det abstraherade kondensatet bäst.

#### **Fjärde steget: sammanfattning**

I analysens fjärde och sista steg ska texten rekontextualiseras: med andra ord ska bitarna sättas ihop igen och sammanfattas. I detta steg sammanfattade jag mina resultat i form av återberättelser utformade som en analyserande text för varje subgrupp. I varje subgrupp har jag försökt att ta fram essensen hämtad från de meningsbärande enheterna, med hänsyn taget till informanternas egna röster. Till sist skapade jag ett guldcitat från varje subgrupp och en passande rubrik till varje subgrupp.



## 5. Funn

Resultatet är uppdelat i tre huvudkategorier, samt subgrupper som beskriver olika nyanser av respektive huvudkategori.

Huvudkategorier och subgrupper:

1. Kartläggning av patientens psykiska hälsa: att observera patientens kroppsspråk och allmäntillstånd; att lyssna till patientens fortelling.

2. Faglig tilnärming till patienten: att etablera en tillitsfull kontakt med patienten; att upprätta en dialog med patienten; att göra bedömningar av den kliniska situationen.

3. Reflektioner över den kliniska kompetensen: att vara trygg som fagperson; att utöva sina teoretiska kunskaper; att upprätthålla sina praktiska färdigheter.

### 5.1 Kartläggning av patientens psykiska hälsa

Denna kategori handlar om vad sjuksköterskan gör för att kunna kartlägga patientens psykiska hälsa. Patienten förmedlar sitt mående, vilket sjuksköterskan kartlägger genom att observera patientens kroppsspråk och allmäntillstånd, men också genom att ta sig tid att lyssna på patientens fortellinger.

#### 5.1.1 Att observera patientens kroppsspråk och allmäntillstånd

Det informanterna menade med att "observera" var att man noggrant studerade patientens kroppsspråk och allmäntillstånd. Viktiga kroppsrörelser som sjuksköterskan observerade var patientens ansiktsmimik, gester och motorik: patientens kroppshållning i förhållande till sjuksköterskans kroppshållning, om patienten hade ögonkontakt med sjuksköterskan vid tilltal samt om patienten hade ögonkontakt med medpatienter på institutionen när de pratade med varandra. Sjuksköterskan observerade också om patientens röstläge och tonfall var samstämmigt med kroppsspråket.

Att observera kroppsspråk i form av gester handlade ofta om att se om patienten tog mycket "plats" under samtalet. Man noterade till exempel om patienten står i en stark, rakryggad kroppsställning, eller om patienten har händerna i fickorna.

Flera av informanterna menade att observation av motoriken har stor betydelse, då människor som är deprimerade ofta har likgiltig motorik. Majoriteten av informanterna observerade om motoriken var slö i samband med att de undersökte om patienten var övermedicinerad.

*”...ja, man fångar upp hur de beter sig i samband med hur de uttrycker sig. Man vill liksom se om kroppsspråket är i samklang med hur de uttrycker sig i övrigt.”*

Samtliga informanter berättade att för att kunna kartlägga patientens allmäntillstånd var det viktigt att observera patienten regelbundet ute i fellesmiljön. Det sjuksköterskan främst observerade var överensstämmelsen mellan vad patienten berättade och vad som utspelade sig i fellesmiljön. En informant berättade att bland många av dennes patienter som slet psykiskt var det inte ovanligt att de tappat många kilo i vikt på grund av förlorad aptit. Sjuksköterskan observerade då patientens matintag, det vill säga hur mycket patienten äter, vad patienten äter och hur ofta patienten äter. Detta gjorde man genom att bara sitta ner och observera patientens allmäntillstånd ute i fellesmiljön, samt att där vara synbar och tillgänglig för patienten.

*”...ett sätt för att få en helhetsbild av patientens allmäntillstånd är att sitta ute i fellesmiljön. Detta visar ju samtidigt att man som sjuksköterska är tillgänglig för patienten. Man kan få fram ganska mycket information om patientens allmäntillstånd genom att bara observera.”*

För observation av kroppsspråk hade sjuksköterskan en viktig bidragande roll, i det helomfattande arbetet med att kartlägga patientens psykiska hälsa. Sjuksköterskans observationer och professionella synpunkter skulle sedan förmedlas till andra professionsgrupper, bland annat läkaren.

*”Sjuksköterskans roll kan beskrivas som spindeln i nätet; det vill säga det är hon eller han som fångar upp viktiga observationer som förmedlas vidare till andra professionsgrupper.”*

### **5.1.2 Att lyssna till patientens fortelling**

Genom att lyssna till patientens fortelling fick sjuksköterskan många gånger fram värdefull information om patientens historik och livshistoria på ett spontant och ärligt sätt. Där framkom det specifika och unika för just den patientens livshistoria och den aktuella livssituation där patienten befann sig just nu.

Genom att lyssna på patientens fortelling kunde även sjuksköterskan kartlägga patientens psykiska hälsa. Sjuksköterskan kunde även därigenom få information angående vilka behov som patienten hade, och därefter kunde en vårdplan utarbetas.

*”...ja, man får ju fram mycket värdefull information genom att bara lyssna, och oftast är informationen väldigt ärlig och spontan. Och ja, vi är alla olika, så man få ju ta och möta personen där dom befinner sig just nu och samtidigt försöka skapa sig en bild över hur tillvaron ser ut därifrån.”*

En informant beskrev det som att man ”rattar in rätt frekvens” för att kunna uppfatta patientens behov, vilka ofta utgjordes av att bli sed och hörd av sjuksköterskan. Majoriteten av informanterna menade att det var viktigt för patienten att bli tagen på allvar, det vill säga att sjuksköterskan litade på det patienten berättade.

*”ja det ha visat sig att patientens behov är att bli sedd, hört och tagen på allvar”.*

## **5.2 Faglig tilnæming till patienten**

Denna kategori handlar om vilka fagliga kompetenser som sjuksköterskan använder för att närma sig patienten. Sjuksköterskorna berättar om olika närmanden de använder sig av för att få till en bra relation till patienten, vilket är av betydelse för patientens vidare vård.

### **5.2.1 Att etablera en tillitsfull kontakt med patienten**

Flertalet av informanterna nämnde att den typ av kontakt som sjuksköterskan fick med patienten hade inverkan på patientens vård. Flera av informanterna berättade att tidigare vårdkontakt med patienten medförde att sjuksköterskan redan då hade bildat sig en uppfattning om patienten som person och livsmönster som de kunde använda sig av när patienten på nytt blev inskriven på vårdavdelningen. Samtliga informanter menade att en tidigare kontakt med patienten underlättade vid etablering av en tillitsfull vårdrelation. Detta gällde framförallt vid uppföljning av patientens psykiska hälsa och vid suicid bedömningar.

*”Jag visste vilka knappar jag kunde trycka på eftersom jag kände till patienten lite sedan tidigare.....- vad vi kunde prata om inledningsvis...-för att det skulle kännas ok för patienten att berätta hur de mår innerst inne. Och jag tycker även det är lättare avgöra om det handlar om suicidtankar som är så pass allvarliga att jag bör kontakta läkaren, om det är en patient som jag har känska om sedan tidigare.”*

Samtliga informanter menade att genom att ha en tillitsfull kontakt med patienten etablerades förutsättningarna för en god vårdkontakt. Med tillitsfull och förtroendegivande vårdkontakt menade informanterna att sjuksköterskan kunde sätta gränser och korrigera patienten vid fysiskt

och verbalt utåtagerande. Genom att sjuksköterskan tydligt markerade när patienten gått över gränsen i deras utåtagerande adferd ingav det en form av respekt i patientens ögon, och tydde på att sjuksköterskan fanns där för patienten även när de hade det som värst.

*”... en patients utåtagerande kan i själva verket vara ett uttryck för något annat som han egentligen har i tankarna. När jag markerar att utåtagerande inte är ok upplever jag många gånger att patienten sätter värde på det och våran relation blir bara bättre och bättre.”*

En tillitsfull kontakt innebar också att sjuksköterskan kunde prata om alldagliga saker på en generell nivå, till exempel om fritidsintressen och samhällsproblem, utan att sjuksköterskan blandade in djupgående fagliga åsikter om ämnet. Sjuksköterskans öppenhet att bjuda på sig själv ansågs bidra till en positiv kontakt med patienten.

*”...att vara personlig men inte privat är ett bra sätt att bjuda på sig själv när man arbetar med tillit i relationsbyggandet med patienten.”*

I bemötandet av patienten menade samtliga informanter att det var viktigt att sjuksköterskan var tålmodig. Innebörden i att vara tålmodig beskrevs som att sjuksköterskan gav av sin tid till patienten. Tålamod inbegrep också att sjuksköterskan gav patienten utrymme att berätta om det den hade på hjärtat, när den kände sig redo för det. Hanteringen och bemötandet av patientens suicidala tankegångar ansågs av to av tre informanter som ett långsiktigt och krävande arbete, där tålamod var en viktig komponent.

*”... en del patienter behöver längre tid på sig än andra, så genom tålamod kan man vänta ut patienten tills den är redo.”*

Flera av informanterna pratade om tålmodighet som en egenskap som kan utvecklas och ”tränas upp” men att det behövdes en viss naturlig fallenhet för det, det vill säga berodde det på hur man var som människa i grunden.

*”...ja, du har ju förutsättningar när du föds.....och de kan man ju utveckla. Ja, en del föds med bättre förutsättningar för att räkna, och en del för det där med språk....och detsamma gäller också för att vara tålmodig. Och sedan kan man ju träna upp förmågan men du måste ha en viss naturlighet för det.”*

### **5.2.2 Att upprätta en dialog med patienten**

Med dialog menade samtliga informanter att man kommunicerade med patienten. Majoriteten av informanterna menade också att i begreppet dialog fanns det ett samspel mellan sjuksköterskan och patienten, vilket betydde att sjuksköterskan fick verbal respons tillbaka från patienten vid kommunikation.

Samtliga informanter berättade att dialog var nödvändigt för att kunna närma sig patienten, då det många gånger handlade om mötet med en patient i allvarlig kris och som har suicidtankar.

*”Det snabbaste och effektivaste sättet att få upplysningar om en person som är i en kris, är ömsesidig dialog mellan sjuksköterskan och patienten”.*

Dialogen var då från sjuksköterskans sida medvetet tydlig, öppen och rak samtidigt som sjuksköterskan valde sina ord med omsorg och samtalade på ett respektfullt sätt, med hänsyn till patientens sinnesstämning. To av tre informanter ansåg att en underlättande faktor vid dialog var att sjuksköterskan kunde ställa direkta och konkreta frågor om patienten hade planer på eller konkreta tankar på att suicidera.

To av tre informanter ansåg också att de direkta frågorna som ställdes av sjuksköterskan angående patientens mående gav mindre utrymme för att sjuksköterskan skulle missförstå och/eller göra feltolkningar över patientens psykiska hälsa.

En informant beskrev kommunikation som en ”konst” därför att det aldrig fanns något givet facit eller några manualer för vad man skulle säga vid suicidala kontexter. Sjuksköterskan måste hela tiden överväga hur han eller hon ska formulera sig, för att nå fram till patienten för att hitta en ingångspunkt där patienten kan sätta ord på sina tankar.

*”Ett måste när man arbetar med personer som sliter psykiskt och för att finna ut hur pass allvarligt det är, det är att ställa direkta frågor, och samtidigt som man gör det, så gör man det på ett respektfullt sätt.*

### **5.2.3 Att göra bedömningar av den kliniska situationen**

Samtliga informanter berättade att de i många situationer i det kliniska patientarbetet har använt sig av ”magkänslan”. Att ”gå på magkänslan” beskrevs av flertalet informanter som en diffus känsla men som samtidigt var ett slags vägvisare för hur sjuksköterskan skulle agera eller

bedöma situationen. Magkänslan ansågs vara en erfarenhetsbaserad känsla som utvecklats med tiden genom att sjuksköterskan gjort sig reflektioner över denna ”känsla”.

*”...genom tidigare erfarenheter kan kroppen många gånger reagera vid vissa kliniska situationer som gör att jag går på magkänslan när jag gör mina bedömningar.”*

Flera av informanterna menade också att magkänslan oftast var kopplad till något negativt, när det var något som var på väg att hända eller när man hade en föräning om att det var något som inte stämde.

*”... den där märkliga känslan som talar om att det är något negativt i luften, men samtidigt är den en bra hjälp för oftast så stämmer det ju.”*

### **5.3 Reflektioner över den kliniska kompetensen**

Denna kategori handlar om olika typer av reflektioner sjuksköterskan har gjort efter att ha erfårit olika situationer i kliniskt arbete. Dessa olika typer av reflektioner har varit av betydelse för att i framtiden kunna förfinå sitt professionsutövande.

#### **5.3.1 Att vara trygg som fagperson**

Samtliga informanter menade att en förutsättning för att klara av att arbeta med människor med missbruk var att man var trygg i sig själv. Att vara trygg som fagperson innebar enligt informanterna att sjuksköterskan är bevisst i sitt professionsutövande.

Att vara trygg i sig själv som fagperson fyller en viktig roll i sjuksköterskans arbete för att kunna ta hand om utagerande patienter och när patienten är oenig med sjuksköterskan kring sin vårdplan. Samtliga informanter menade då att det var viktigt att vara trygg i sig själv för att våga korrigera patienten när den är fysiskt utåtagerande i syfte att få sin vilja igenom angående den medicinska behandlingen.

*”...ibland händer det att patienten är oenig i det jag säger och det kan då lätt bli att patienten blir förbannad och slamrar i dörrar och kallar en för en massa otrevliga saker.....det är då viktigt att man har tro på sig själv att man har gjort det som man anser är bäst för patienten.”*

Samtliga informanter berättade att om patienten märkte att sjuksköterskan inte var trygg i sig själv kunde det lätt smitta av sig på patienten som då blev otrygg. Majoriteten av informanterna

berättade att det kunde medföra att det var svårare för patienten att acceptera förhållningsregler, krav och vård som avdelningen erbjöd.

*”...ja, det kan lätt bli så att det du utstrålar till patienten, det smittar av sig. Du kan inte förvänta dig att patienten ska känna sig trygg om inte du själv som sjuksköterska är det....och vården blir ju därefter”.*

En annan innebörd av att vara trygg som fagperson, är att vara trygg i sin yrkesroll, vilket majoriteten av informanterna menade var avgörande för att kunna ta hand om patienten. Detta handlar om att sjuksköterskan är trygg i sitt utförande av arbetet när det gäller rutiner och riktlinjer på avdelningen.

För majoriteten av informanterna innebar att vara trygg i sin yrkesroll också att kunna prioritera vilka arbetsuppgifter som kan delegeras till nästa arbetspass, det vill säga kunna strukturera arbetsdagen för att på bästa sätt ta hand om patienten.

*”...när man kan se vad som är viktigast att prioritera på arbetspasset för att det inte ska gå ut över patientens vård, ja då har man kommit långt i sin yrkesroll som sjuksköterska, ja då är man faktiskt trygg i sin yrkesroll.”*

### **5.3.2 Att utöva sina teoretiska kunskaper**

Samtliga informanter önskade att de hade mer teoretiska kunskaper om missbruk och psykiatri. Detta framkom tydligast när sjuksköterskan hamnade i situationer som de upplevde svåra att hantera; när det uppstod situationer som de inte alls visste hur de skulle hantera eller vad de skulle säga till patienten. Majoriteten av informanterna ansåg att deras teoretiska kunskaper inte kunde stå självständigt utan var beroende av sina ”erfarenheter”.

*”...jag har ju gått utbildningar men det är inte alltid det känns som om det är tillräcklig - det finns alltid något att hålla sig uppdaterad på -och det märks tydligt i vissa sammanhang.”*

Samtliga informanter ansåg också att genom reflektioner tillsammans med kollegor efter kritiska situationer kunde de få möjlighet att diskutera fagliga problem och hur de utövade sina kunskaper i sådana situationer. Detta var ett sätt för dem att i framtida patientkontakt kunna ta lärdom av det som gått bra och det som kunde förbättras eller gjorts annorlunda, för att förfina sitt professionsutövande. Vanliga frågor som uppkom var: Kunde jag gjort något annorlunda?

Vad skulle man ha kunnat göra annorlunda? Vad kan man förbättra till nästa gång liknande situationer uppstår?

*"...ja, alltså det man har gjort, det har man gjort men det där med att reflektera över på vilka grundval man har handlat är aldrig fel att tänka över eller att få synpunkter på."*

### **5.3.3 Att upprätthålla sina praktiska färdigheter**

Majoriteten av informanterna menade att de tappade vissa praktiska färdigheter om de inte upprätthölls. Många tekniska utföranden som man utför nästan dagligen på en somatisk vårdavdelning kanske man utför två till tre gånger om året inom missbruk och psykiatri. Detta kunde leda till en viss osäkerhet hos sjuksköterskan.

*"Det somatiska utförandet är jag inte alltid lika haj på - jag kan inte minnas att jag satt en kateter sedan jag var i sjuksköterskepraktiken - men ingen slå mig när det gäller att sätta injektioner."*



## **6. Diskussion**

I denna masteruppsats blev tre sjuksköterskor intervjuade i vilka fagliga kompetenser de ansåg vara av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter och suicidtankar.

Masteruppsatsens diskussion kommer att presenteras i nedanstående text i form av samma uppställning som de presenterats i funn avsnittet, det vill säga, kartläggning av patientens psykiska hälsa, faglig tilnärming till patienten och reflektioner över den kliniska kompetensen. Detta görs bevisst för att underlätta för läsaren samtidigt som det skapar struktur och en röd tråd genom masteruppsatsen. Funnen i denna studie kommer bli tolkat och diskuterat i lys av teoretiska perspektiv, tidigare forskning och annan relevant litteratur.

### **6.1 Övergripande förståelse av funnen**

Funnen visar på att de kompetenser sjuksköterskan använder sig av i mötet med substansberoende patienter med suicidtankar är ett samlat intryck av patientens hälsotillstånd. För att få en bild av patientens psykiska hälsa räcker det inte bara med att samtala med patienten. Sjuksköterskan använder sig också av andra sanser, så som synen för att observera patienten, hörseln för att lyssna in vad patienten sa “mellan raderna” och magkänslan. Sjuksköterskan använde magkänslan som en vägvisare när det gäller att göra bedömningar och att agera i vissa situationer.

För att sjuksköterskan ska bli inbjuden i patientens innersta tankar och få ta del av patientens fortellinger räcker det inte med att sjuksköterskan använder sig av sina teoretiska och praktiska färdigheter. Sjuksköterskan måste även använda sig av den personliga kompetensen. Resultaten visar på att i den personliga kompetensen måste sjuksköterskan i utgångspunkt vara en person som är trygg i sig själv. Om sjuksköterskan inte är trygg i sig själv så fanns det en risk att det smittade av sig på patienten och denne blev orolig. I den personliga kompetensen låg det också i att sjuksköterskan visade respekt för patienten genom att sjuksköterskan samtalade med patienten på likställd linje.

### **6.2 Kartläggning av patientens psykiska hälsa**

Funnen i denna masteruppsats visar att sjuksköterskan använder sig av observation av patientens kroppsspråk och allmäntillstånd för att kartlägga patientens psykiska hälsa.

Nightingale (2008) menar att observation är en av de viktigaste praktiska kunskaperna i sjuksköterskans omvårdnadsarbete, då det handlar om att fånga upp relevanta förändringar, och förändringar under utveckling.

Vad sjuksköterskan ska observera varierar från patient till patient enligt Elstad (2014), och beror på vilket tillstånd patienten befinner sig i samt dennes situation. Elstad (2014) poängterar dock att det man måste vara särskilt uppmärksam på är försämringar eller komplikationer i form av tecken eller symtom, men att det framförallt är viktigt att sjuksköterskan observerar patientens hela kroppsliga uttryck. Vidare menar Elstad (2014) att observation utförd av sjuksköterskan inte bara handlar om att observera kroppsspråk utan också om att vara uppmärksam på exempelvis patientens ansiktsfärg.

Enligt föreliggande litteratur (Elstad, 2014; Nightingale, 2008) kan funnen i min masteruppsats - vikten av att observera patientens kroppsspråk och allmäntillstånd - förstås som att observation blir en naturlig omvårdnads åtgärd när sjuksköterskan ska kartlägga patientens psykiska hälsa då detta är en grundläggande praktisk kunskap för sjuksköterskor (Nightingale, 2008). Det som framkom specifikt i masteruppsatsens funn var att sjuksköterskan observerade patientens ansiktsmimik, gester och motorik. Detta kan därmed förstås som att sjuksköterskan har gjort en bedömning om vad som ska observeras utifrån den enskilda patientens situation. Det synes som att vid patientobservationer i psykiatrisk kontext är det vanligt att sjuksköterskan generaliserar gällande vad som ska observeras vid kartläggning av patientens psykisk hälsa. Risken är då att de somatiska symtomen underskattas eller bortses helt. Att observera somatiska aspekter, så som patientens matintag för att eliminera risken att patienten blir undernärd eller överviktig, eller ansiktsfärgen som kan säga något om patientens cirkulation, är lika viktigt för att kunna få en komplett bild av patientens psykiska hälsa. Att observera patienten på detta sätt gör också att sjuksköterskan ser patienten i ett helhetsperspektiv, vilket har stor betydelse då kroppen inte är uppdelad i en fysisk och psykisk del, utan hänger samman (Merleau-Ponty, 1977) Enligt funnen i denna masteruppsats observerade sjuksköterskan även patientens allmäntillstånd i form av matintag.

Funnen i denna masteruppsats visade på att i sitt arbete med att kartlägga patientens psykiska hälsa lyssnade sjuksköterskan på patientens fortelling. Genom att lyssna på patientens erfarenheter framkom det värdefull information om patientens livshistoria.

Skau (2015) menar att genom att lyssna på den andre kan man få en god förståelse för dennes problem, behov och situation. Vidare hävdar Skau (2015) att det finns olika dimensioner av att

lyssna. Man kan lyssna på det som blir sagt men även på det som blir osagt, det vill säga att man lyssnar till tempot och ljudnivån i den andres röst men även till stillheten mellan orden. I lyssnandet finns olika intentioner; man kan lyssna på någon annans fortelling antingen för att hjälpa den andre att strukturera sina tankar och känslor eller för att lära sig mer om en annan person eller kanske för att förstå någon annan bättre än tidigare. Oavsett intentionen är det viktigt att en god lyssnare är kapabel till att hitta mening i den andres fortelling (Skau, 2015).

Enligt Svenaeus (2005) finns det bakom det lidande som i första hand gör att man söker vård inte bara är biologiska värderingar utan också fortellinger. Det är av vikt att locka fram och lyssna till dessa fortellinger. Svenaeus (2005) menar att i dessa fortellinger finns det röda trådar som följer patientens liv och meningsmönster, och om man lyssnar med enbart patientens diagnos i åtanke kan essensen i det patienten berättar gå förlorad. Enligt Vatne (2006) är det viktigt att vårdpersonalen bekräftar patienten. Detta görs genom att vårdpersonal visar att man är tillgänglig för patienten och är öppen för att ta emot patientens svåra tankar. Att vara lyssnande och uppmärksam på patienten är också ett sätt att bekräfta patienten (Vatne, 2006).

Enligt föreliggande litteratur (Skau, 2015; Svenaeus, 2005; Vatne, 2006) kan funnen i denna masteruppsats, att sjuksköterskan lyssnade på patientens fortellinger, förstås som att genom lyssnandet får sjuksköterskan inte bara upplysningar om patientens medicinska diagnos och aktuella status utan även en mer komplett och tydlig bild av patientens behov. Samtidigt blir patienten bekräftad av sjuksköterskan, då denne lyssnar på fortellingen från ett individuellt perspektiv där patientens röst är i centrum. Det som Vatne (2006) menar är när sjuksköterskan lyssna på patientens svåra tankar. Funnen i denna masteruppsats, att när sjuksköterskan lyssnar på patienten blir patienten sedd och hörd, är i tråd med Vatnes (2006) teori om att patienten blir bekräftad genom att sjuksköterskan är lyssnande och uppmärksam.

Sjuksköterskan använder sig av sina teoretiska kunskaper då hon fångar upp det som Svenaeus (2005) benämner som biologiska värderingar, samtidigt som sjuksköterskan också använder sig av sin personliga kompetens för att kunna ”lyssna in och fånga upp” den substansberoende patientens behov.

I funnen i denna masteruppsats framkom det att när sjuksköterskan lyssnade på patientens fortelling handlade det utifrån ett patientperspektiv ofta om en önskan att bli sedd, hörd och tagen på allvar. Funnen är i tråd med Talseth, Gilje och Norbergs (2003) forskning som visar på att när sjuksköterskan lyssnar på patientens fortelling, delar samtidigt patienten sin fortelling

om sin upplevda psykiska hälsa med sjuksköterskan och således kan sjuksköterskan lindra patientens lidande då de båda delar på upplevelsen. Utifrån detta resonemang kan det tolkas som att genom att dela på patientens upplevelser täcker det även patientens önskan/behov om att bli sedd, hörd och tagen på allvar. Till skillnad från Talseth, Gilje och Norbergs (2003) studie framkom det dock inte i masteruppsatsens resultat att sjuksköterskan upplevde att denne delade patientens lidande, utan snarare lindrade lidandet.

### **6.3 Faglig tilnærming till patienten**

Ett annat funn i denna masteruppsats visade att den typ av kontakt sjuksköterskan fick med patienten hade inverkan på patientens vård. Funnen visade också på att tidigare vårdkontakt med patienten medförde att sjuksköterskorna redan då hade bildat sig en uppfattning om patienten som person och livsmönster som de kunde använda sig av när patienten på nytt blev inskriven på vårdavdelningen.

Enligt Vatne (2006) är behandlingsrelationen central, och ett viktigt inslag för en god behandlingsrelation är bland annat att den är av långvarig karaktär. Det är även viktigt med ett gott samarbete mellan vårdare och patient och att vårdaren är stödjande och tolerant. Dessa kvaliteter i behandlingsrelationen är av betydelse för patientens vård (Vatne, 2006).

Norvoll (2002) menar precis som Vatne (2006) att behandlingsrelationen måste arbetas in över tid för att tillit ska kunna etableras mellan sjuksköterskan och patient. Den danske filosofen Løgstrup (1994) skriver i sin bok ”Det etiska kravet” att tillit är inte skapat av människor, utan är givet med livet. Med detta menar Løgstrup (1994) att tillit är något man är född med. Människor är i viss utsträckning hänvisade till varandra då vi utelämnar oss i tillit till den andres omsorg. I detta sammanhang blir vi då ömsesidigt beroende av varandra och utmaningen i det etiska kravet blir att ta vara på den andres liv och den tillit som det medför (Løgstrup, 1994).

Vidare menar Norvoll (2002) att då tilliten etableras kan en balans mellan utforskande samtal med patienten i form av att sjuksköterskan är öppen och nyfiken i sitt sätt att närma sig patienten vara en bra förutsättning, samtidigt som sjuksköterskan har ett tätt samarbete med den instans som eventuellt har hänvisat patienten. En stor utmaning med att etablera tillitsfulla relationer är när patienten har tidigare erfarenheter av exempelvis våld eller annan påförd smärta som efterlämnat djupa ärr hos patienten (Norvoll, 2002).

Enligt föreliggande litteratur (Løgstrup, 1994; Norvoll, 2002; Vatne, 2006) kan masteruppsatsens funn - att det slags kontakt som sjuksköterskan fick med patienten hade inverkan på patientens vård, samt att tidigare vårdkontakt med patienten medförde att sjuksköterskan redan då skapat sig en bild av patienten som användes vid den aktuella inläggningen - förstås som att tidsaspekten har stor betydelse i behandlingsrelationen för att sjuksköterskan ska kunna vinna patientens tillit. Förutom tidsaspekten är även patientens tillit till sjuksköterskan avgörande i mötet, och har således inverkan på vården. Utifrån Løgstrups filosofi om det etiska kravet, kan masteruppsatsens funn - att den kontakt sjuksköterskan fick med patienten hade inverkan på vården - förstås som att det ställs krav på sjuksköterskans bemötande gentemot patienten. Kravet innebär att både sjuksköterskan och patienten påverkar varandra i mötet, och mötet kan vara av både positiv och negativ karaktär.

Samtliga deltagare i masteruppsatsen uppgav att tidigare kontakt med patienten var en underlättande faktor för att få till en tillitsfull relation och därmed lättare att kunna upptäcka suicidtankar. Vatne (2006) tar upp att viktiga egenskaper för vårdaren är att hon/han är stödjande och tolerant i etableringen av en tillitsfull kontakt. Masteruppsatsens funn visade dock på att samtliga sjuksköterskor menade att en tillitsfull och förtroendegivande vårdkontakt var att sjuksköterskan kunde sätta gränser och korrigera patienten. Detta funn i masteruppsatsen kan liknas vid Vatne (2006) som definierar viktiga egenskaper som att vara stödjande och tolerant i etableringen av en tillitsfull relation till patienten.

Ett annat funn i denna masteruppsats visade på att sjuksköterskan samtalande med patienten om all dagliga saker, så som fritidsintressen och samhällsproblem, utan att blanda in djupgående fagliga åsikter om ämnet. Genom att göra detta visar sjuksköterskan att hon är personlig men inte privat i samtalen med patienten.

Det finns studie som visar på att relationerna med de professionella kunde spela en viktig roll i arbetet mot patientens tillfrisknande. De relationer som var utmärkande var när de professionella gjorde mer än deras formella position krävde eller att de gjorde något annorlunda än vad personen kommit att förvänta sig av vårdpersonal. Att stötta, att stanna kvar vid patientens sida och att bli involverad mer än vad den professionella plikten kräver verkar vara det som utgör den stora skillnaden mellan hjälp och hinder i tilnärmingen till patienten (Topor, Borg, Mezzina, Sells & Davidson, 2006).

Det synes som om funnen i masteroppgaven visar att sjuksköterskan prata med patienten om andra saker än bara fagliga tematiker som kan förstås från två olika perspektiv. Det ena

perspektivet kan visa att sjuksköterskan är bevisst på och har en intention när hon pratar om alldagliga saker med patienten för att skapa en tillitsfull relation till patienten och det andra perspektivet bjuder sjuksköterskan på sig själv på ett fagligt försvarligt sätt. Men vis sjuksköterskan pratar om alldagliga saker med patienten utan att ha en intention med det, så kan det mera liknas som ett samtal med vem som helst. Det finns dock forskning som visar på att i en ömsesidig relation med en professionell, en så kallad terapeutisk allians, kunde den professionelle prata om sina egna tillkortakommanden och dela upplevelser med patienten (Topor et al. 2011).

På detta sätt när en professionell bjuder på sig själv i form av personliga erfarenheter kan det vara till hjälp för att bygga upp tilliten mellan den professionelle och patienten (Skau, 2013).

Vidare menar Skau (2013) att genom detta förhållningssätt förmedlar den professionelle även sin personliga kompetens. En god professionell sörjer för att inte bli uppfattad som ”bättre än andra” och genom detta kan den professionelle bidra till att patienten känner att hon/han också har ett värde. Enligt Skau (2015) är det viktigt att som professionell kunna skilja på den privata och yrkesrelaterade kontakten med patienten. Begreppet ”att vara professionell” sätts ofta i samband med att uttrycka att bestämda handlingar är kopplade till professionsutövandet och professionsutövandets kvalitet.

Enligt Skau (2015) menar vissa att professionell också är förknippat med att vara opersonlig och att begreppen privat och personlig har samma betydelse, vilket gör att det personliga uppfattas som något som inte passar in i kontexter med arbetssituationer eller yrkesroller eftersom det då hotar det ”att vara professionell”. Skau (2015) poängterar dock att i relaterade yrken innebär ett bra professionsutövande en förmåga att vara just ”personlig”.

Enligt föreliggande studier och litteratur (Skau, 2013; Skau, 2015; Topor et al. 2006; Topor et al. 2011) kan funnen i denna masteruppsats, att sjuksköterskan samtalar med patienten på en generell nivå om alldagliga saker förstås och hänga samman med att sjuksköterskan medvetet handlar på ett personligt plan för att få till en god relation till patienten.

Ett annat funn i denna masteruppsats visade att i samspelet mellan sjuksköterskan och patienten användes dialog. Skau (2015) menar att som professionell kommunicerar man främst för att ändra exempelvis patientens hälsa, livssituation eller livskvalitet, och det är genom våra professionella kommunikativa färdigheter som kompetensen demonstreras. Med detta menar Skau (2015) att det som uppnås i samspelet mellan människor och vilket utfall mötet får, är

beroende av den kommunikativa kompetensen. Det verbala språket är viktigt och genom språket uttrycks det personliga, våra kunskaper och vår livserfarenhet. Det är genom dialog som det upprättas en förbindelse med den andre (Skau, 2015). Jensen och Ulleberg (2011) menar att hur saker och ting uppfattas och tolkas, är beroende av vilka värderingar vi har och vad vi lägger i betydelsen i dessa värderingar.

Enligt föreliggande litteratur (Jensen & Ulleberg, 2011; Skau, 2015) kan funnen i masteruppsatsen, att sjuksköterskan i samspelet med patienten använde sig av dialog, förstås som att hur sjuksköterskan använder sina kommunikativa färdigheter är avgörande för vilken riktning det vårdande mötet med den substansberoende patienten tar. I sjuksköterskans dialog med patienten visas dennes personliga kompetens, beroende på hur sjuksköterskan formulerar sina frågor och vilken framtoning sjuksköterskan har i samtal med den substansberoende patienten. I sjuksköterskans kommunikativa färdigheter framkommer även den etiska aspekten i professionsutövandet, det vill säga sjuksköterskans inlevelseförmåga och empati (Skau, 2015).

I funnen i denna masteruppsats framkom det att när sjuksköterskan förde en dialog med patienten valde sjuksköterskan sina ord med omsorg och samtalade med patienten på ett sätt som tog hänsyn till patientens sinnesstämning. Masteruppsatsens funn kan därmed förstås som att när sjuksköterskan tog hänsyn till patientens sinnestämning genom att välja sina ord med omsorg, var det något i interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten som föranlede till detta val. Det kan också synes som om att dynamiken ser olika ut beroende på hur väl sjuksköterskan ha kjennskap till patienten, eftersom att dynamik är en form för samspel där ting sker av sig själv. Om sjuksköterskan ha en patient framför sig som hon/han inte är lika gott kjent med så sker ting förmodligen inte lika naturligt. Seikkula (2012) säger att i dialogen finns även interaktionen. I den sociala interaktionen anpassas det språkliga beteendet sig efter den andres beteende och människor skapar därigenom ömsesidiga länkar emellan sig.

I masteruppsatsens funn framkom även det etiska perspektivet av sjuksköterskans professionsutövande i samtalet med patienten då stor vikt lades på vilka ord hon/han använde sig av och vilken sinnesstämning patienten befann sig i. Sjuksköterskans personliga kompetens och det etiska i professionsutövandet är kopplade till värderingar. Värderingar är personliga och en tolkning är att vilka värderingar en sjuksköterska ha beror mycket på tidigare erfarenheter.

I masteruppsatsens funn framkom också vikten av att använda sig av magkänslan i den fagliga tilnärningen till patienten. Sjuksköterskorna beskrev denna känsla som diffus samtidigt som den var betydelsefull då den många gånger utgjorde en vägvisare för professionsutövandet. I resultatet framkom det också att magkänslan ansågs av sjuksköterskan som erfarenhetsbaserad och något som utvecklats över tid.

Enligt Skau (2015) är den personliga och erfarenhetsbaserade kunskapen den sortens kunskap som inte alltid kan redogöras för teoretiskt. Liknande resonemang har Benner (1993) som menar att erfarenheter är en nödvändig förutsättning i det kliniska patientarbetet för att kunna se helheten i situationen. Sjuksköterskan använder sig då av tidigare konkreta situationer som paradig. Sjuksköterskans erfarenhetsbaserade kunskap utmanas dock när det uppstår situationer där förväntningar och förutfattade meningar sätts på sin spets. På detta sätt menar Benner (1993) att den personliga och erfarenhetsbaserade kunskapen ligger fördold i det kliniska patientarbetet. En kunskap som är fördold och av den typ av ”know how”- kunskap som den formella akademiska undervisningen inte kan lära ut kan således vara svår att redogöras för teoretiskt i det kliniska patientarbetet (Benner, 1993).

Benner (1993) menar att när sjuksköterskan uppnått en expertnivå förlitar hon sig inte längre på regler och riktlinjer för att koppla den egna förståelsen av situationen till ett lämpligt professionsutövande. På expertnivå har sjuksköterskan enorm erfarenhetsbakgrund och kan därmed uppfatta varje situation snabbt och agera direkt utan att slösa tid på att välja och konkludera med ett flertal alternativa lösningar. Vidare menar Benner (1993) att den direkta uppfattningen, det som hon benämner som intuitiv uppfattning av en situation, baserar sig på tidigare likartade eller olikartade situationer. Den intuitiva uppfattningen bygger således på en perceptionsförmåga från tidigare erfarenheter och är endast tillgänglig i förbindelse med situationer där det finns en djupare bakgrundsförståelse av situationen i kombination med ett brett spektrum av kunskap och expertvetande.

Funnen i masteruppsatsen, att använda magkänslan som tillnärmning, kan utifrån Benners (1993) beskrivning av ”intuitiv uppfattning” förstås som att det handlar om två begrepp med liknande innebörd: det som masterprojektets informanter benämner ”magkänslan” kan vara samma som Benners begrepp ”intuitiv uppfattning”. I funnen i masteruppsatsen framkom det att sjuksköterskan ansåg att magkänslan var erfarenhetsbaserad vilket även överensstämmer med Benners (1993) teori om att den intuitiva uppfattningen är baserad på tidigare liknande eller annorlunda situationer.



Benner (1993) menar att tidigare erfarenheter i kombination med en bred bas av kunskap och expertvetande resulterar i intuitiv uppfattning. I detta skiljer sig däremot funnen i min masteruppsats något från Benners teori, då samtliga av masteruppsatsens deltagare menade att de använt sig av magkänslan i faglig tillnärmning till patienten, trots att endast en av dem hade vidareutbildning i psykisk helsearbete och mer än 10 års arbetserfarenhet.

#### **6.4 Reflektioner över den kliniska kompetensen**

Funnen i denna masteruppsats visade att sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att vara trygg i sig själv, i form av att sjuksköterskan va bevisst. Skau (2015) menar att det är av stor vikt att förstå sig själv och sina egna reaktioner för att kunna förstå den andre. Källan till kunskap och förståelse ligger i en persons självinsikt. Vidare menar Skau (2015) att genom att vara uppmärksam och reflekterande över sina egna erfarenheter, leder detta till att en ökad förståelsen av nyanser i samspel med andra. Tidigare forskning utförd av Talseth och Gilje (2011) visade på liknande funn där sjuksköterskans känsla av att känna sig ”hemma” med jaget blev ett etiskt sätt att vara och hjälpte dem i omsorgen av patienter med suicidtankar, genom att sjuksköterskan först var tvungen att konfrontera sina egna önskningar, behov och frustrationer.

Enligt föreliggande litteratur och studier (Skau, 2015; Talseth & Gilje, 2011) kan således funnen i denna masteruppsats, att sjuksköterskan upplevde det som viktigt att vara trygg i sig själv genom att vara bevisst, förstås som att det är av betydelse i den fagliga tilnærmingen till patienten. Det synes som att bevissthet är kopplat till reflektioner och genom att sjuksköterskan har insikt i sina svagheter och styrkorna, det vill säga bevisst i sitt yrkesutövande kan sjuksköterskan förstå sig själv och sitt yrkesutövande bättre, vilket kan således medföra att sjuksköterskans tilnærming till patienten öppnar upp för en ny och djupare förståelse i det vårdande mötet och i relationen dem emellan.

Funnen i denna masteruppsats visade också att sjuksköterskan upplevde det som viktigt att vara trygg som fagperson i sin yrkesroll för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett försvarligt sätt.

Enligt en studie av Read och Long (1993) är sjuksköterskan bevisst om den terapeutiska betydelsen för vårdutövandet och patientsamspelet, men att det finns svårigheter i att överbrygga klyftan mellan inlärd teori och praktik. Deras studie visade även på att oerfarna sjuksköterskor var mindre säkra på sig själva jämfört med de erfarna sjuksköterskor som i studien definierades som avdelningssjuksköterskor, vilka hade utvecklat en högre nivå av

mellanmänsklig (interpersonell) kompetens. Det fanns också ett samband mellan erfarenhet, praktik och teori för att öka kompetensutvecklingen. Förmågan att använda sig av färdigheterna på ett lämpligt, systematiskt och terapeutiskt sätt var också sammankopplad med sjuksköterskans upplevelse av trygghet. Detta kan jämföras med Benners (1993) teori om kompetensutveckling, där man börjar som "novis" och utvecklas successivt mot det som Benner kallar "expert". Författarna Benner, Tanner och Chesla (1999) skriver att som novis har man till en början ingen erfarenhet men genom teori kan novisen ändå tillägna sig regler för att kunna dra slutsatser eller fatta beslut i den aktuella situationen, för att sedan med tid och erfarenhet bli expert, vilket kännetecknas av att även det kliniska och etiska handlandet integreras med varandra.

Enligt föreliggande studier och litteratur (Benner, Tanner & Chesla, 1999; Read & Long, 1993) kan funnen i denna masteruppsats, att sjuksköterskans upplevelse av att vara trygg i sin yrkesroll, vara kopplat till hur lång erfarenhet sjuksköterskan hade av yrket. Det synes som att ju mer erfarenhet, det vill säga erfarenhetskunskap sjuksköterskan har, ju mer underlättar det för sjuksköterskan att integrera det kliniska agerandet.

Funnen i denna masteruppsats visade på att sjuksköterskan hade behov av mer teoretiska kunskaper om både missbruk och psykiatri i situationer som sjuksköterskan upplevde som svåra att hantera. Detta funn stödjer Read och Longs studier (1993), som visade att studiedeltagarna ansåg att de hade adekvat utbildning samtidigt som de upplevde svårt att kommunicera med patienter som försökt begår suicid.

Dessa funn, både i denna masteruppsatsen och studien av Read och Long (1993), kan förstås som att sjuksköterskan visserligen anser sig ha tillräckliga kunskaper men att i vissa situationer upplevs det svårt att tillämpa dem i praktiken. Detta tydliggörs i min masteruppsats funn genom att sjuksköterskorna önskade att de hade mer kunskaper i situationer som ansågs svårhanterliga.

Funnen i masteruppsatsen visade också på att vara trygg som fagperson menade deltagarna, är när sjuksköterskan är trygg i sitt utförande av arbetet när det gäller rutiner och riktlinjer på arbetsplatsen. I funnen i masteruppsatsen nämnde inte deltagarna något om reflektion i samband med sitt utförande.

Molander (1996) säger att när handlingar går på rutin kan det okända och oväntade gå förlorat. För att förstå och förklara hur ting förhåller sig kan praktikern träna upp uppmärksamheten och inte endast se de typiska och återkommande mönsterna. Detta görs genom att ju mer erfaren

och kunnskapsrik en praktiker är lär man sig med tiden att observera och därmed går uppmärksamheten med tiden mot en riktning som mera liknar en rutin. Det kommer således alltid finnas ett spänningsförhållande mellan det att inte endast uppmärksamma det typiska och det återkommande mönstren och det att vara öppen för det okända och oväntade (Molander, 1996).

Funnen i masteruppsatsen att sjuksköterskan är trygg i sitt utförande när det gäller rutiner och riktlinjer på arbetsplatsen synes som om att sjuksköterskan reflekterar i samband med sitt utförande av arbetet. Sjuksköterskan gör det dock utan att sätta ord på det. Då sjuksköterskan väljer att ta ett val vilken rutin hon/han använda sig av i omvårdnansarbetet eller vilka riktlinjer hon väljer att följa är beroende av patient kontexten. Således gör sjuksköterskan därmed en reflektion över utförandet i sitt arbete. Funnen i masteruppsatsen illustrera också det spänningsförhållande Molander (1996) skriver om. Det vill säga sjuksköterskan känner sig trygg som fagperson när hon/han har kunskap och kan mästra rutiner och riktlinjer, vilket ha ett sammanhang med erfarenhet och tidigare kunskaper. Spänningsförhållandet blir då när sjuksköterskans tidigare erfarenheter/kunskaper går mot en riktning där hon känner sig för trygg som leder till att arbetsutförandet går på rutin.

Funnen i masteruppsatsen där sjuksköterskan reflekterar över sin egna kliniska kompetens visar på att det finns två olika innebörder av att vara trygg som fagperson. Den ena visar på att vara trygg i sig själv i form av vara bevisst och det andra innebörden visar på att vara trygg i sin yrkesroll. Det syns som att begreppet trygghet ha olika innebörder men de är i slutänden sammankopplade med varandra eftersom sjuksköterskans professionsutövan är alltid kopplat till att vara bevisst. Att vara bevisst är kopplat till reflektioner och sjuksköterskan gör alltid en reflektion i form av att ta ett ställningstagande när han/hon utöva sin profession.

## **6.5 Metodövervägningar**

Relevans, validitet och reflexivitet är tre begrepp som Malterud (2009) menar är förutsättningarna för grundläggande vetenskaplig kunskap, oavsett om forskningen är kvalitativ eller kvantitativ. Dessa tre begrepp är kriterier som ska vara till hjälp för forskningen för att få djupare insikt kring kunskap - aspekter som räckvidd, begränsningar och innebörd (Malterud, 2009). I nedanstående text ska jag förklara begreppen och samtidigt visa hur begreppen använts i min masteruppsats.

### 6.5.1 Reflexivitet

Tjora (2012) poängterar vikten av att det finns någon form av reflektion över egna tolkningar för att en undersökning ska ha trovärdighet; forskaren behöver således tolka sina egna tolkningar avseende egna kognitiva, teoretiska, språkliga, politiska och kulturella förhållanden. Vidare säger Tjora (2012) att dessa förhållanden har betydelse när man gör sina tolkningar men att de oftast är omedvetna.

Malterud (2009) menar att reflexivitet är ett aktivt förhållningssätt i vilket det är viktigt, både i startfasen av processen och i slutfasen då slutprodukten presenteras, det vill säga masteruppsatsen, att ha ett öppet sinne och förmåga att kunna ifrågasätta sin egen arbetsmetod och sina slutsatser. Att ha ett öppet sinne för det som ger utrymme för tvivel, eftertanke och oväntade slutsatser är nödvändigt för att forskningsprocessen inte ska resultera i något som forskaren redan tagit för givet. Det är därför viktigt att forskaren klargör sina förförståelser och hypoteser först för sig själv och sedan delar med sig av detta till läsaren (Malterud, 2009).

Mina tidigare arbetserfarenheter har haft stor inverkan på mitt val av ämnesområde och masteruppsatsens problemställning. Mitt intresse för målgruppen jag skriver om, det vill säga substansmissbrukare som också har suicidtankar, faller sig naturligt då jag har arbetat inom detta område i stort sett under hela mitt yrkesverksamma liv. Detsamma gäller för utformningen av intervjuguiden samt min förförståelse av och mitt val av teoretisk referensram. Förförståelsen och valet av teoretisk referensram har även haft inverkan på hur jag har valt att presentera resultaten samt hur jag har analyserat datamaterialet. Resultatet som jag har fått fram från datamaterialet har även presenterats i ett eget diskussionskapitel där förförståelsen och den teoretiska referensramen har haft betydelse för utformningen och presentationen av resultatdiskussionen.

Enligt Malterud (2009) kan närhet till materialet medföra att det blir svårare att kritiskt reflektera över sitt material, och det är därför viktigt att vara medveten om och ställa sig själv frågan med vilka glasögon man läser och tolkar materialet, och vad det är som spelar in i ens teoretiska och kulturella tradition. Det är viktigt att ställa sig själv frågan: vad är det i datamaterialet som påverkar läsarens fokus för hans eller hennes läsning? Först därefter kan man göra bedömningen hur det har påverkat kunskapsutvecklingen (Malterud, 2009).

Jag har själv en bakgrund inom vårddyrket och är övertygad om att en person med exempelvis socionombakgrund hade sett samma material med andra glasögon och troligtvis lagt märke till

andra teman och förstått och tolkat materialet annorlunda än vad jag har gjort, på grundval av olika teoretiska och kulturella bakgrunder.

Eftersom jag själv har arbetat med institutionsbehandling inom substans-behandling och inom psykiatrin, innebär detta att jag i min masteruppsats har forskat inom mitt eget ämnesområde. Detta kan således, på gott och ont, ha betydelse på ett eller annat sätt för studiens ämne. Då jag själv är utbildad till psykiatrisjuksköterska och mina informanter är sjuksköterskor kan det ha medfört att jag på ett omedvetet plan kan ha haft svårt att hålla kritisk distans till fältmiljön. Vår gemensamma yrkesbakgrund och kunskapstradition kan ha lett till att jag identifierat mig med informanterna och känt en yrkesidentitetssamhörighet, och därmed inte reagerat kritiskt på samma sätt om jag inte hade haft någon tidigare kännedom om fältområdet. Samtidigt kan det vara en fördel att ha förkunskaper inom fältmiljön och informanternas yrkesbakgrund och kunskapstradition då det kan ha underlättat förståelsen för det datamaterial som framkommit under intervjuerna. Min kulturella orientering inom fältområdet kan vuderas ha varit en fördel och resurs genom att den kan ha bidragit till ett bättre samspel med informanterna. Vår gemensamma bakgrund har bjudit in till att de på ett genuint och ärligt sätt besvarat mina intervjufrågor och vi har tillsammans varit med och producerat datan.

### **6.5.2 Relevans**

Kriteriet relevans i masteruppsatsen handlar om att man förväntar sig att dess förmedlande kunskap ska ge insikter som kan användas vidare (Malterud, 2009). I denna masteruppsats kan resultatet ge insikt i vilka fagliga kompetenser som sjuksköterskan anser vara av betydelse i mötet med substansberoende patienter med suicidtankar.

Malterud (2013) benämner överförbarhet som ett tecken på relevans, vilket betyder i vilken grad masteruppsatsens resultat kan överföras till andra kontexter eller grupper i avtager feltet. Informanterna i denna masteruppsats representerade bara yrkesgruppen sjuksköterskor men resultatet kan ändå till viss del överföras till andra yrkesgrupper, som exempelvis miljöterapeuter som arbetar med miljöterapi inom substans-behandling på dygns-avdelning. En annan yrkesgrupp som ofta har liknande arbetsuppgifter som sjuksköterskan och där överförbarhet är aktuellt är vernepleier.

Kontexten i masteruppsatsen är substans-behandling på dygns-avdelning inom specialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Substansberoende patienter med suicid-tankar kan dock även förekomma i andra kontexter som exempelvis substans-behandling i privat eller

kommunal regi, vilket gör att masteruppsatsens resultat kan därmed överföras även till dessa vårdsektorer, eller till specialisthelsetjenesten i andra regioner i Norge.

Jag hade bara tillgång till tre deltagare i min masteruppsats, vilket gör att det kan vara svårt att säkra överförbarheten trots att informanterna hade många åsikter som var lika. Med ett större urval av informanter kunde kanske åsikter eller hållningar som var utmärkande synliggöras i större utsträckning. Det ska även nämnas att de tre deltagarna i masteruppsatsen kom från min tidigare arbetsplats men ingen av deltagarna har varit mina tidigare kollegor.

### **6.5.3 Validitet**

Tjora (2010) menar att validering är kopplat till de frågor och svar som forskaren finner i sin forskning, det vill säga om forskaren faktiskt kan besvara de frågor som ställs i studien.

Enligt Malterud (2013) innebär validering att man ställer frågor om kunskapens giltighet. Under vilka förutsättningar är kunskapen giltig och för vad gäller dess giltighet? Vidare säger Malterud (2013, s. 181) att all kunskapsutveckling handlar om att komma fram till mer eller mindre relevanta versioner av den verklighet eller sanning som vi vill veta mera om. Valideringen ska klargöra de möjligheter och begränsningar som följer av det specifika i den version forskaren har koncentrerat sig på.

Masteruppsatsens begränsning kan tänkas vara att antalet deltagare har varit för få för att den ska kunna åberopa funn med hög giltighet. Masteruppsatsen ville ha gett en bredare bild om det hade varit fler deltagare i studien och masteruppsatsen hade då kunnat ge överförbarhetsvärde till flera.

Tjora (2010) säger att giltigheten kan stärkas om forskaren har visat öppenhet i sin forskning genom att redovisa hur man har praktiserat sin forskning. Detta kan göras genom att forskaren redogör för sina val av datagenereringsmetod och vilken teoretisk ingång forskaren använt sig av i analysen. I min masteruppsats har jag i kapitel fyra, metodkapitlet, redogjort steg för steg för hur masteruppsatsens data har samlats in samt hur mina resultat har kunnat presenteras.

Metodvalet i denna masteruppsats är djupintervjuer baserade på semistrukturerade frågor utifrån en intervjuguide som jag hade utformat på förhand. Denna intervjuform ansåg jag vara mest lämplig för att få fram relevant data till min problemställning, då jag är intresserad av att undersöka sjuksköterskans livsvärld som avser att beskriva erfarenheter, åsikter och hållningar kopplade till problemställningen. Tjora (2012) menar att djupintervjuer öppnar upp för

möjligheten att skapa en fri samtalsform och avslappnad stämning om ett bestämt ämne som intervjuaren har bestämt på förhand. Då jag var intresserad av att sjuksköterskan skulle dela med sig av sina erfarenheter om en specifik situation, det vill säga fenomenet som det upplevs från sjuksköterskans perspektiv valde jag djupintervju som datainsamlingsmetod.

Vid användning av djupintervjuer kan en svaghet vara att intervjuernas kvalitet är beroende av tilliten mellan den som intervjuar och den som blir intervjuad, då det kan handla om forskning på ämnen som är av sensitiv karaktär (Tjora, 2012). Deltagarna uttryckte själva att sjuksköterske kompetans är ett viktigt tema och att de var glada att de kunde vara med och bidra med deras tankar om detta.

Elo och Kyngäs (2008) säger att resultaten beskriver kategoriernas innehåll, det vill säga innebörden av kategorierna. Kategoriernas innehåll beskrivs genom användning av subgrupper. Att skapa kategorier är empiriskt och konceptuellt utmanande då kategorierna måste vara både konceptuellt och empiriskt grundade. För att göra en tillfredsställande innehållsanalys krävs det att forskaren kan analysera och simplificera datamaterialet och utforma kategorier som speglar undersökningssubjektet på ett tillförlitligt sätt. Hur tillförlitliga forskningsresultaten är handlar också om hur väl kategorierna omfattar det tillgängliga datamaterialet (Elo & Kyngäs, 2008). I denna masteruppsats blev större delen av datamaterialet inkluderat i analysprocessen, då det visade sig att det mesta av datan var relevant i förhållande till min problemställning. Min vägledare har genom hela analysprocessen varit deltagande och samtidigt under processens gång ställt kritiska frågor i förhållande till min analys av datamaterialet och förtolkning av resultatet. På detta sätt har masteruppsatsens validitet större trovärdighet då jag har fått inspel i löpet av hela forskningsprocessen.

Elo och Kyngäs (2008) säger också att autentiska citat kan användas för att öka forskningens trovärdighet och för att visa för läsarna varifrån och från vilka slags originaldata kategorierna har formulerats. I masteruppsatsen har jag använt mig av direkta citat från informanterna för att öka trovärdigheten. Vid val av citat har jag även varit medveten om att citaten inte kan identifiera informanten vilket enligt Elo och Kyngäs (2008) är forskarens ansvar.

Problemställningen i masteruppsatsen är kopplad till vilka fagliga kompetenser som är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter. Mitt fokus i intervjuerna låg på sjuksköterskans fagliga kompetenser med denna patientgrupp och jag har även tolkat det så att innehållet i svaren handlar just om vilka fagliga kompetenser som är av betydelse för sjuksköterskan. Det kan tänkas att de fagliga kompetenser sjuksköterskan

använder sig av i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar kan vara samma typ av kompetenser som sjuksköterskan använder sig av i andra sammanhang som har med patienter i det vårdande mötet att göra. Det kan exempelvis vara en sjuksköterska som arbetar på en psykiatrisk avdelning och där möter en patient som ger uttryck för suicidtankar. Trots detta kan jag som intervjuare garantera att mot bakgrund av min problemställning har informanternas förmedlade erfarenheter av sina fagliga kompetenser varit kopplade till situationer där det har varit patienter med ett substansberoende som huvuddiagnos, med anledning av att jag inledde intervjun med att be informanterna välja ut en situation som de upplevt, som handlade om just substansberoende patienter med suicidtankar. Det kan ändå vara av betydelse att nämna i metodiska övervägningar att det kan finnas okända faktorer som har påverkat resultatet.



## 7. Avslutning

### 7.1 Sammanfattning

Denna masteruppsats har belyst problemställningen: **vilka fagliga kompetenser är av betydelse för sjuksköterskan i det vårdande mötet med substansberoende patienter med suicidtankar.**

Funnen visar på att sjuksköterskan ansåg att för att kunna kartlägga patientens psykiska hälsa var det viktigt att observera patientens kroppsspråk och framförallt då ansiktsmimik, gester och motorik. Sjuksköterskan observerade också patientens allmäntillstånd. Genom att sjuksköterskan även lyssnade till patientens fortelling blev patienten sedd och hört.

Studien visade också på att etablera en tillitsfull kontakt med patienten har betydelse för och inverkan på patientens vård. Det upplevdes som lättare att etablera en tillitsfull kontakt om sjuksköterskan haft en tidigare kontakt med patienten. Genom att upprätta en dialog med patienten kunde sjuksköterskan ställa direkta och konkreta frågor angående om patienten hade planer eller tankar på att suicidera. Frågorna kunde också eliminera missförstånd eller feltolkningar av patientens mående. Sjuksköterskan använde sig ofta av tidigare erfarenheter som benämndes som magkänslan som vägvisare för att kunna göra bedömningar av den kliniska situationen.

Funnen visar också på att om sjuksköterskan inte upprätthöll sina praktiska färdigheter kunde det leda till att de blev osäkra när de väl skulle utföras. När det uppstod situationer som sjuksköterskan upplevde som svåra att hantera önskade de att de hade haft mera teoretiska kunskaper om missbruk och psykiatri. Att vara trygg som fagperson både i att kunna utföra och ha kännedom om avdelningens rutiner men även att ha medvetenhet hur sjuksköterskan utövade sitt professionsutövande.

Ett överaskande funn var att sjuksköterskan vid situationer som upplevdes som svåra att hantera, så önskade samtliga sjuksköterskor att de hade mera kunskap inom faget. Detta funn visar då på att oavsett om sjuksköterskan har grundutbildning eller grundutbildning med specialisering så kommer det alltid finnas situationer där man aldrig upplever sig fulllärd. Det kommer med andra ord alltid finnas ett behov för fagligt påfyll oavsett om man är i Benners (1993) novis eller expertnivå.

## **7.2 Kliniska implikationer**

Denna masteruppsats kan bidra med ökad förståelse för de fagliga kunskaperna sjuksköterskan använder sig av i omvårdnadsarbetet med denna patientgrupp. En tilltänkt implikation för denna studien kan vara att sjuksköterskan upprätthåller sina praktiska och teoretiska kunskaper genom att ta en vidareutbildning inom psykisk helsearbete, delta på fagdagar och hålla sig uppdaterad på nya forskningsrön inom fackområdet. På detta sätt kan sjuksköterskan få ny kunskap som sedan leder till bättre vård.

## **7.3 Vidare forskning**

För att förbättra omvårdnaden kring patienter med ett substansberoende som även har suicidtankar behövs fortsatt forskning om vilka fagliga kompetenser som är av betydelse för sjuksköterskan när hon/han arbetar med denna målgrupp. Resultatet i masteruppsatsen visar att om sjuksköterskan inte upprätthöll sina praktiska färdigheter kunde det leda till att de blev osäkra när de väl skulle utföras. När det uppstod situationer som sjuksköterskan upplevde som svåra att hantera önskade de att de hade haft mera teoretiska kunskaper om missbruk och psykiatri. Det kunde därför vara intressant med ytterliggare forskning kring det kliniska arbetet på vad sjuksköterskan gör konkret i situationer som de upplever som svåra med denna patientgrupp. Eftersom att det va ett resultat som visar på att sjuksköterskan blir osäker i sitt professionsutövande.

## Referenslista

Benner, P. (1993). *Från novis till expert –mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad, omsorg klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Carlen, P. & Bengtsson Tops, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 257-265.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vård i teori och praktik*. Stockholm: Natur och kultur.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.

Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkhelse rapporten (2014). *Selv mord og selvmordsforsøk i Norge*. Tillgänglig från [www.fhi.no/artikler/?id=110540](http://www.fhi.no/artikler/?id=110540), (nerlastad 30 April 2017).

Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte – En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A & Tenum, L-I (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 71-85.

Hellzen, O. (2004). Nurses personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 257-263.

Helsedirektoratet (2014). *Behandle rusavhengighet*. Tillgänglig från <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusavhengighet>, (nerlastad 30 April, 2017).

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7. utgåvan) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

ICD-10 Psykiske lidelser og atferdforstyrrelser. (1999). *Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2012). *Mellom ordene – kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johansson, L. & Wiklund-Gustin, L. (2016). The multifaceted vigilance – nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 303–311.

Kelleher, S. & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department's doctors and nurses knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3-14.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorem, G. (2014). *Psykisk helse- forståelse, kommunikasjon og samspill*. Cappelen Damm AS.
- Lov om helsepersonell m.v (2000). Helsepersonelloven, kapittel 2. Tillgänglig från [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2), (nerlastad 30 April 2017).
- Løgstrup, K.E. (1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos AB.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1977). *Adventures of the Dialectic*, Northwest University Press
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Daidalos AB.
- Nationalencyklopedin. (2016). *Sjælv mord*. Tillgänglig från [http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjælv\\_mord](http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjælv_mord), (nedlastad 30 April 2017).
- Nightingale, F. (2008). *Notater om sykepleie: Samlade utgaver*. Skretkowicz, V. (red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykisk lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Næss, A. (1980). *Vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- O'Brien, L. (2000). Nurse-client relationships: the experience of community psychiatric nurses. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9, 184-194.
- Ouzouni, C. & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7(1) 119-134.
- Reid, W. & Long, A. (1993). The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1369-1376.
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau, G. M. (2015). *Gode fagfolk vokser*. Cappelen Damm Akademisk.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Talseth, A-G. & Gilje, F. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1651-1667.

Talseth, A-G., Gilje, F. & Norberg, A. (2003). Struggling to become ready for consolation: experiences of suicidal patients. *Nurse Ethics*, 10(6), 614-623.

Talseth, A-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1997). Nurses narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51(5), 359-364.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelser: en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget AS, Bergen.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International journal of social psychiatry*, vol. 57(1), 90–99.

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, I-M. & Davidson, L. (2006). The role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9:17-38.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Tillgänglig från <https://unn.no/avdelinger/psykisk-helse-og-rusklinikken/rusavdelingen/avrusning-tromso>, (nedlastad 30 April 2017).

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Yin, K-R. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



### MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsensjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personertydige kjennetegn. Les mer om hva <a href="#">personopplysninger</a> .
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man berytter en databehandler
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ○ Nei ●	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om <a href="#">nettbaserte spørreskjema</a> .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ● Nei ○	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	Vilka kompetenser erfar sjukskøterskan som viktiga i det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicidtankar?	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	UIT Norges arktiske universitet	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Anne-Grethe	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.</p> <p>Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kanveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Talseth	
Stilling	professor	
Telefon	77660656	
Mobil		
E-post	anne.g.talseth@uit.no	
Alternativ e-post	anne.g.talseth@uit.no	
Arbeidssted	Det Helsevitenskapelige Fakultet, IHO, MH-Bygget	
Adresse (arb.)	77660656	
Postnr./sted (arb.sted)	9037 Tromsø	
Sted (arb.sted)	Tromsø	
<b>5. Student (master, bachelor)</b>		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Malinée	
Etternavn	Andersson	
Telefon	46624245	
Mobil		
E-post	malinee.andersson@gmail.com	
Alternativ e-post	malinee.andersson@gmail.com	
Privatadresse	Örneveien 64	
Postnr./sted (privatadr.)	9015 Tromsø	
Sted (arb.sted)	Tromsø	
Type oppgave	<input checked="" type="radio"/> Masteroppgave <input type="radio"/> Bacheloroppgave <input type="radio"/> Semesteroppgave <input type="radio"/> Annet	
<b>6. Formålet med prosjektet</b>		
Formål	<p>Prosjektet är ett mastergradsstudier i Master i psykisk helse vid UIT-Norges Arktiske Universitet , med problemställning- vilka kompetenser erfar sjuksköterskan som viktiga i det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicid tankar? Projektet är en kvalitativ studie där jag kommer intervju sjuksköterskor som arbetar inom rusbehandling med inlagda patienter i specialisthelsetjenesten om deras erfaringar om vilka kompetenser de anser är viktiga i det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicid tankar.</p> <p>Kontexten kommer vara på avdelningar med rusbehandling med inlagda patienter där substansberoende är det primära inläggnings orsaken.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
<b>7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?</b>		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	

Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer <a href="#">her</a>.</p> <p>Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal <a href="#">her</a>.</p> <p>NBI Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og <b>informert</b>.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.</p>
<b>10. Informasjonssikkerhet</b>		
Spesifiser	<p>Det er endast när informanten signera samtycke om deltagande i forskningsprojektet som det kommer fram information om deltagaren så som för och efternamn och mailadress. Detta papper kommer att scanas in och lagras på en separat hårddisk som endas jag har lösenord till och som är inlåst när den inte är i bruk.</p>	<p>NBI Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.</p>
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, eksterne harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NBI Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annenn registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	<p>Alla personupplýsingar komur að meðhöndla konfidónt, det er endast jag som student som komur ha tilgáang til informationen. Ljudbandinspélningun frá intervjuerna komur að lagras på en separat hårddisk með lösenord som endast jag komur ha tilgáang til og som komur vera inlåst nær den inte är i bruk. Data frá den transkriberande intervjun komur jag samt min handledare ha tilgáang til. Deltagarna i projektet komur að anonymisera, vilket innebär att personidentifíerbara upplýsingar som namn, arbetsplats och líknande inte vill framkomma i studien. Projektet komur að avslutas í MAJ 2017 och nær projektet är avslutat komur ljudbandinspélningun av intervjun och transkriberingun av intervjun raderas permanent frá ljudbandsupptágningun og hårddisken.</p>	<p>Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opplak?</p>
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres.</p>
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>	<p>F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.</p> <p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler for ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten.</p>
Hvis ja, beskriv?		
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>	



Beskriv utvalg/deltakere	Legitimerede sjukskøterskor som arbeider i rusbehandling med innlagde pasienter i spesialisthelsetjenesten i Norge. Det kan være sjukskøterskor med eller uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. De ska ha minst 4 års arbeidserfarenhet som sjukskøterska. Informanterna ska inte delge mig informasjon som kan identifera enkelte personer dvs att jag inte vill motta några opplysningar som kan knytas till enkelte personer	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/tekking	Det är ledern vid den aktuella avdelningen i rusbehandling i spesialisthelsetjenesten som rekruttera informanter till projektet. Jag som student kommer inte att ha kjennedom om informanternas identitet innan de eventuelt samtycker till deltagelse i projektet. Jag kommer att utforma ett informasjonsbrev om projektet som ska delast ut till de som oppfyller inklusionskriteriene for studien.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregistret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk.
Førstegangskontakt	Jag som student vill skicka ut en forfragan till ledern vid den aktuella avdelningen for rusbehandling inom spesialisthelsetjenesten via mail. I forfragan kommer jag att presentera mig sjalv och mitt projekt, samt fraga om det är mojligt att fa göra datainsamling i den aktuella avdelningen genom att intervju sjukskøterskor som arbeider på avdelningen.	Beskriv hvordan kontakt med utvalget blir opprettet og av hvem.  Les mer om dette på <a href="#">temasidene</a> .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	4	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">sensitive opplysninger</a> .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</a> .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).  NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.  Les mer om <a href="#">registerstudier her</a> .  Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
<b>9. Informasjon og samtykke</b>		

Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
<b>11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole.
Hvis ja, hvilken		
<b>12. Periode for behandling av personopplysninger</b>		
Prosjektstart	01.01.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for avslutt	11.05.2017	Prosjektstilt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	NBI Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved avslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NBI Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.  Les mer om <a href="#">anonymisering</a> .
<b>13. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?		
<b>14. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger	Vedlegg (intervjuguide och informasjonsskriv) är utkast	

## Bilaga 2

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Anne-Grethe Talseth  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet  
  
9037 TROMSØ

Harald Hårfages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
red@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 03.03.2016

Vår ref: 47042 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47042	<i>Vilka kompetenser erfar sjuksköterskan som viktiga i det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicidtankar?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne-Grethe Talseth</i>
Student	<i>Malinée Andersson</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 11.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@iuh.no](mailto:nsd@iuh.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarval@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarval@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmsa@sv.uib.no](mailto:nsdmsa@sv.uib.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Malinée Andersson malinee.andersson@gmail.com



Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi har imidlertid følgende kommentar:

-Setningen "Studien är godkänd av personvernombudet för forskning vid Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste med projektnummer" endres til "Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS."

Pga. taushetsplikt kan helsepersonellet ikke gi opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter direkte eller indirekte. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Veileder/student og informant har sammen ansvar for dette, og bør sammen drøfte hvordan dette skal håndteres. Informanten kan f.eks. ikke nevne tidspunkt for behandling/dødsfall, alder, kjønn eller spesielle diagnoser/hendelser som gjør at enkeltpasienter kan gjenkjennes.

I telefonsamtale 02.03.2016 informerte student om at formålet med intervju spørsmålene er å få frem de ansattes erfaringer, og at det ikke vil bli innhentet taushetsbelagt informasjon, og/eller informasjon som kan direkte eller indirekte identifisere tredjepersoner (pasienter).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 11.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette/anonymisere digitale lydopptak

## **Bilaga 3**

### **Förfrågan om deltagande i forskningsprojektet: vilka kompetenser erfar sjuksköterskan som viktiga i det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicidtankar**

#### **Bakgrund och syfte**

Jag heter Malinée Andersson och är anställd som psykiatrisjuksköterska vid Rehabiliteringssenteret Nord-Norge Kurbad. Jag studera till Mastergrad i helsefag med studieinriktning psykisk helse vid Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet och utarbeta i förbindelse med detta en studie innanför fagfeltet rus. Studien vill därmed vara min mastergradsuppsats.

Fokuset kommer vara på vilka kompetenser sjuksköterskan erfar som viktiga i det vårdande mötet med patienter med ett substansberoende och suicidtankar.

Du blir härmed tillfrågad att delta i studien då du uppnå kriterierna för deltagande. Inklusionskriterierna är att du ska vara Legitimerad sjuksköterska, med eller utan vidareutbildning i psykisk helsearbeid. Du arbetar inom specialisthelsetjenesten samt att du ha minst 4 års arbetserfarenhet som sjuksköterska och erfarenhet med inlagda patienter med ett substansberoende och suicidtankar.

#### **Vad innebär ett deltagande i studien?**

Studien är en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som metod. Det innebär att du kommer intervjuas med bakgrund av frågor från en vägledande intervjuguide. Intervjuerna kommer att spelas in på ljudband och sedan transkriberas. Transkribering betyder att man överför från muntligt till skriftlig form. Intervju texten kommer sedan blir utgångspunkt för en dataanalys av texten.

Intervjun kommer vara i ca 30-45 minuter.

#### **Vad händer med informationen om dig?**

Alla personupplysningar kommer att behandlas konfidentiellt. Det är endast jag som student som kommer ha tillgång till informationen. Ljudbandinspelningen och transkriberad text från intervjuerna kommer att lagras på en separat hårddisk med lösenord som endast jag har tillgång

till och som kommer vara inlåst när den inte är i bruk. Data från den transkriberade intervjun kommer jag samt min handledare ha tillgång till.

Som deltagare i projektet kommer du att anonymiseras. Det innebär att personidentifierbara upplysningar som namn, arbetsplats och liknande inte vill framkomma i studien. Projektet kommer att avslutas i Maj 2017. När projektet är avslutat kommer ljudbandinspelningen av intervjun och transkriberingen av intervjun raderas permanent från separat hårddisk.

Studien är meldt in till personvernombudet för forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS med projekt nr 47042

Handledare är professor Anne-Grethe Talseth vid UIT- Norges Arktiske Universitet.

### **Frivilligt deltagande**

Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke utan att ange någon förklaring.

Om du önskar delta eller ha frågor angående projektet kan du ta kontakt med Malinée Andersson på telefon 46624245 eller på mail: [malinee.andersson@gmail.com](mailto:malinee.andersson@gmail.com)

## Samtycke om deltagande i forskningsprojektet

### Informerat Samtycke

Jag har tagit del av ovanstående information och ger mitt samtycke till att delta i forskningsprojektet

Ort    Datum                      Namnunderskrift

---

email adress

---



## Bilaga 4

### Intervjuguide

1. Beskriv/berätta om en konkret händelser på din avdelning rörande en patient som ger uttryck för suicidtankar. (eventuella uppföljningsfrågor: Hur upplevde du att det är att bemöta patienten i den situation du just beskrev? –känslor –tankar, Är det någon skillnad på hur du påverkas idag från när du var ny utbildad sjuksköterska, isåfall på vilket sätt? )
2. Vilken typ av teoretisk kunskap är det du benytter i den händelse du beskrivit? (eventuellt saknar du någon kunskap som du anser att de hade behövt i denna händelse, är du bevisst på vilken typ av teoretisk kunskap du benytter, oavsett om det blir ja eller nej på svaret, be informanten utvecklar svaret och begrunda det)
3. Vilken erfaring har du av yrkesspecifika färdigheter som du benytter i den händelse du just beskrev? (ex. MADRS, målerinstrument) Vad är det för färdigheter i utövelsen av den situation du just beskrivit som är mest centrala i händelsen?)
4. Vad ska till för att du ska uppleva det vårdande mötet med patienten som meningsfullt?  
Vad är personlig kompetens, som du ser det? Vilken erfarenhet har du kring personlig kompetens i den händelse du beskrivit (positiv, svårt, ) Vad upplevde du som speciellt utmanande i händelsen som du beskrivit ovan?
5. Vilka kvalifikationer behöver du för att utöva ditt yrke på ett kompetent sätt i den händelse du beskrivit? Vilken form för teoretisk kunskap, yrkesspecifika färdigheter och personlig kompetens är enligt din mening särskilt viktigt i den händelse du beskrivit?
6. Vilka reflektioner har du gjort dig i eftertid? Är det något du önskar tillägga som du anser är av betydelse, som jag inte frågat om.