



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Institutt for

Masteroppgave 2014
30 stp

Likeverdige helsetjenester til pasienter med rusproblematikk i akuttmottak.

En kvalitativ studie av sykepleiernes opplevelser.

Kristin Steigedal

Forord

Nå er masteroppgaven ferdig, og jeg ser tilbake på en utfordrende og lærerik tid med mye blandede følelser. Arbeidet med denne oppgaven har vært langt og krevende, men samtidig svært spennende og engasjerende. Jeg har utviklet mine kunnskaper innen et felt jeg synes er interessant og jeg har fått utfordret meg selv på ukjente områder.

Jeg vil takke min veileder, Ruth Kjørsti Raanaas, som har vært til stor hjelp i denne prosessen. Dine tilbakemeldinger og faglige innspill har gjort denne oppgaven bedre, og jeg har lært utrolig mye med deg som veileder under dette arbeidet. Jeg vil også takke min eksterne veileder, Ruth Marie Donovan, som ga meg ideen om tema for oppgaven.

Jeg vil også takke min tålmodige familie og mine gode venner som har vært der for meg hele veien i denne skriveprosessen.

Kristin Steigedal
Mai 2014

SAMMENDRAG

Bakgrunn: De senere årene har det vært et økt fokus fra regjeringen både på rusomsorgen, samhandling og likeverdige helsetjenester. Det er iverksatt flere reformer som skal være med å bidra til at man oppnår en mer samhandlende og likeverdig helsetjeneste for pasienter med rusproblematikk. Allikevel er dette en pasientgruppe som har lite fokus i somatisk akuttmottak, som kan føre til at disse pasientene ikke blir imøtekommet på de behovene de egentlig har ved en slik innleggelse.

Formål: Målet med denne studien har vært å kartlegge hvordan sykepleiere i akuttmottak møter pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon og de utfordringene sykepleierne opplever i disse møtene. Denne studien ønsket også å finne ut av hva sykepleierne mener kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for denne pasientgruppen, sett i lys av samhandling og individuell plan.

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ fenomenologisk tilnærming i denne studien. Informantene besto av syv sykepleiere, både menn og kvinner, fra akuttmottaket ved Akershus Universitetssykehus (Ahus). Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervju, og materialet ble transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Studien viser flere utfordringer knyttet til møtet med pasienter innlagt med rusrelatert intoksikasjon, inkludert fordommer, samtalen med pasienten, hvordan og hvilken informasjon som gis, dekking av individuelle behov og frykt for egen sikkerhet. Informantene opplever at de har for liten tid til å gå inn på pasientens bakenforliggende årsak til innleggelsen, samt at de opplever å ha for liten kunnskap og kompetanse til å kunne imøtekomme denne pasientgruppens behov utover den somatiske problemstillingen, og i tillegg mangler det behandlingsplaner for dette. Studien viser også at det er liten fokus på disse utfordringene fra avdelingen sin side, og det er for liten samhandling mellom akuttmottaket og andre instanser, både internt og eksternt.

Konklusjon: Akuttmottaket på Akershus universitetssykehus (Ahus) bør få et større fokus på undervisning og kompetanse hos sykepleierne i forhold til denne pasientgruppen. Det bør implementeres systematisk refleksjon over sykepleiernes og avdelingens holdninger til denne

pasientgruppen, slik at pasientene kan bli møtt på den måten de har krav på. Samarbeid med andre instanser må videreutvikles og det bør utarbeides en klar behandlingsplan og prosedyre for denne pasientgruppen.

Abstract

Background: In recent years the Government has increased their focus on treatment for substance abuse, cooperation and equality in health services. Several reforms have been implemented to achieve greater cooperation and equality in health care for patients with drug-related problems. However, in the general emergency department there is lack of focus of the needs of this patient group, which may result in a missing report and explanation of their problems and challenges when admitted to hospital.

Purpose: The aim of this study was to identify how nurses in the general emergency department encounter patients who are admitted with drug-related issues and the challenges nurses are faced with, in these meetings. This study also wanted to find out what these nurses believe will ensure greater equality in health services for discussed patient group regarding the Governments plans due to cooperation between departments and a individualized treatment plan for all recipients.

Method: A qualitative phenomenological approach was applied in this study. The informants in this study consisted of seven nurses, both males and females, from the general emergency department at Akershus universitetssykehus (Ahus). Data was collected through qualitative semi-structured interviews, and the material was transcribed and analyzed using systematic text condensation.

Results: The study shows several challenges related to the initial admission to hospital for patients with drug-related issues, including prejudice, the conversation with the patient, how and what information is provided, coverage of individual needs and fear for their own safety. Informants feel that they have limited time to examine and explore the underlying causes of a patient's hospitalization, and that the general emergency department staff don't have the knowledge and expertise to accommodate the actual needs of this patient group, beyond general health issues. There is also a lack of a treatment plan for this patient group. The study also shows that there is limited focus on these challenges among the management of this ward, and there is lack of cooperation between the general emergency department and other agencies, both internally and externally.

Conclusion: The general emergency department at Akershus universitetssykehus (Ahus) should focus on training their staff to ensure greater competence and knowledge in this patient group. They should also implement systematic reflection among the staff to review the nurses and management's attitudes in dealing with this patient group to ensure that the patients are being met as they are entitled to. Cooperation with other agencies and authorities must be further developed, and a customized treatment plan for recipients and a procedure for staff should be prepared for this patient group.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	3
2	Mål og problemstilling.....	5
3	Bakgrunn.....	6
3.1	Rettferdig fordeling av helsetjenestene	6
3.1.1	Hva er likeverd?	7
3.2	Likeverdige helsetjenester.....	9
3.3	Samhandling	10
3.4	Individuell plan	12
3.5	Historie og lovverk for behandlingen av pasienter med rusproblematikk.....	14
3.6	Pasienter med rusproblematikk i møte med helsevesenet.....	16
3.6.1	Utfordringer knyttet til helsevesenets møte med rusproblematikk	18
3.6.2	Kunnskap og kompetanse hos helsepersonell i akuttmottak.....	20
4	Metode.....	22
4.1	Beskrivelse av studiestedet.....	22
4.1.1	Rekruttering og beskrivelse av informanten.....	23
4.1.2	Gjennomførelsen av intervjuene.....	24
4.2	Analyse av data.....	25
4.3	Etiske overveielser	26
5	Resultater	27
5.1	Hvordan erfarer og opplever sykepleierne møte med pasienter med rusrelatert intoksikasjon?	27
5.1.1	Fordommer	27
5.1.2	Samtalen med pasienten.....	29
5.1.3	Hvordan og hvilken informasjon som gis.....	32
5.1.4	Dekking av individuelle behov.....	32
5.1.5	Frykt for egen sikkerhet.....	34
5.2	Hva mener sykepleierne kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for denne pasientgruppen?.....	34
5.2.1	Mer tid og bedre ressurser	34
5.2.2	Mer kunnskap	35
5.2.3	Bedre behandlingsplaner	37
5.3	Hvordan mener sykepleierne de kan bruke samhandling og individuell plan for å bedre kvaliteten på helsetjenesten til denne pasientgruppen?	39
5.3.1	Lite kunnskap om samhandling og individuell plan (IP)	39
5.3.2	Sykepleiernes ulike erfaringer med samhandling.....	40
6	Diskusjon.....	43
6.1	Utfordringer knyttet til møtet med pasienter med rusproblematikk.....	43
6.2	Hva mener sykepleierne kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for denne pasientgruppen, sett i lys av retningslinjer for individuell plan (IP) og samhandling?	48
6.3	Styrker og svakheter ved metoden.....	51
6.4	Validitet.....	51
6.4.1	Beskrivende validitet.....	52
6.4.2	Fortolkningsvaliditet.....	53
6.4.3	Teoretisk validitet.....	54
6.4.4	Generaliserbarhet/overførbarhet.....	55
7	Konklusjoner og implikasjoner for praksis	56
8	Vedlegg.....	61

Vedlegg 1: Informasjonsskriv..... 61

1 INNLEDNING

Organiseringen av det norske helsevesenet er bygget rundt prinsippet om at alle skal ha lik tilgang til helsetjenestene uansett sosioøkonomisk posisjon, og helse- og omsorgstjenestene skal være rettferdig og likeverdige med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Pasienter med rusproblematikk er en pasientgruppe som ofte har sammensatte helseutfordringer og som i tillegg har lav status i samfunnet (Gråwe & Ruud, 2006; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). På bakgrunn av dette har det de siste ti årene vært økende satsning på rusomsorgen fra regjeringen sin side. Gjennom rusreformen i 2004 gikk mennesker med rusproblematikk fra å være sosialklienter til å bli pasienter med de samme juridiske rettighetene som andre pasienter. Likevel får de ofte ikke den hjelpen de trenger, når de trenger den (Stoltenberg, 2010). Når de først får hjelp er hjelpetiltakene for kortvarige og for lite tilpasset pasientens behov (Stoltenberg, 2010). Forskning viser også at denne pasientgruppen fortsatt blir stigmatisert i helsevesenet, som begrunnes med uvitenhet og for lite kunnskap og kompetanse hos helsepersonell i forhold til hvordan man skal håndtere denne pasientgruppen (Kelleher & Cotter, 2009). Gjennom opptrappingsplanen på rusfeltet (2012B) og samhandlingsreformen (2009) ble det et økt fokus på å bedre kompetansen på rusproblematikk hos helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen, samt et økt fokus på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det ble også et økt fokus på brukermedvirkning og individuell plan. Alt dette er verktøy som skulle være med å bidra til at denne pasientgruppen får et mer koordinert og helhetlig behandlingsforløp (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Allikevel viser det seg at behandlingen til denne pasientgruppen fortsatt ikke blir prioritert skikkelig og at den ofte er preget av behandlingsbrudd (Stoltenberg, 2010).

Akuttmottaket på Akershus universitetssykehus er landets største akuttmottak, med ca. 52000 innleggelser årlig, hvor både pasienter med somatiske og rus - og psykiatriske lidelser legges inn akutt. Et akuttmottak er gjerne sykehuset ansikt utad og det er ofte pasientenes første møte med helsevesenet. I et akuttmottak har helsepersonell mulighet til å fange opp pasienter som ellers ikke ville oppsøkt lege med sitt problem og man kan allerede her være med å igangsette tiltak for videre behandlingsforløp til pasientene som har behov for dette (Helsedirektoratet, 2012A). For at dette skal bli mulig er det viktig at tjenesten og behandlingen til pasientene er samordnet og preget av kontinuitet, hvor man utnytter ressursene på en god og tilfredsstillende måte (Helsedirektoratet, 2012B). Kunnskap og kompetanse hos

helsepersonell er sentrale elementer som må være tilstede for å kunne imøtekomme særskilte helseutfordringer hos denne pasientgruppen, slik at man kan tilby rettferdige og likeverdige helsetjenester (Whitehead & Dahlgren, 2009).

2 Mål og problemstilling

På bakgrunn av kunnskap om betydning av rettferdige og likeverdige helsetjenester, sett i lys av retningslinjer for samhandling og individuell plan, er det viktig å vite hvordan sykepleiere selv erfarer at de møter pasienter med rusproblematikk. For at sykepleiere skal kunne oppnå å jobbe mot en likeverdige helsetjeneste er det viktig å se, høre og møte pasientene der de er. Derfor er målet med denne studien å kartlegge hvordan sykepleiere i et akuttmottak opplever og erfarer møtet med pasienter som kommer inn i akuttmottak med rusrelatert intoksikasjon. Videre ønsker denne studien å finne ut hva sykepleierne mener kan gjøres for å bedre behandlingen av denne pasientgruppen i akuttmottak, for å sikre mer rettferdige og likeverdige helsetjenester, samt kartlegge kjennskapen og bruken av samhandling og individuell plan. Studiens problemstilling er:

□ Hvordan opplever og erfarer sykepleiere de møter pasienter som legges inn med rusrelatert intoksikasjon i et akuttmottak og hva mener sykepleiere kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for disse pasientene ved akuttmottaket, sett i lys av retningslinjer for samhandling og individuell plan (IP)? □

3 Bakgrunn

3.1 Rettferdig fordeling av helsetjenestene

I henhold til Verdens helseorganisasjon har alle rett til å ha den høyest oppnåelige helsestandard i sitt samfunn og utilstrekkelig tilgang til de viktigste helsetjenestene er en viktig utfordring for helsesektoren da alle mennesker har, fra et menneskerettsynspunkt, rett til et effektivt helsevesen når man rammes av sykdom (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007; WHO, 1946). Helsen i den norske befolkningen er generelt god, men fortsatt er det store sosiale ulikheter i helsen i Norge. Regjeringen mener dette er noe som kan endres ved hjelp av en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene vi har i Norge (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007).

Det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde de sosiale helseforskjellene, og i all hovedsak er det sosiale betingelser som påvirker helsen og ikke omvendt. Ved siden av faktorer som jobb, alder, utdanning, fysisk aktivitet og sosioøkonomisk status, er også helsetjenesten en av flere faktorer som påvirker sosial ulikhet i helse (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Dette skjer på tross av et økt fokus på helse i et samfunn der man er opptatt av alle skal ha like muligheter til å oppnå god helse. Helse er med på å fremme friheten for enkeltmennesker og samfunn, og er i tillegg en unik ressurs for å kunne nå andre mål i livet som blant annet utdanning og jobb. Man kan si at alle har et ansvar for egen helse og ikke se bort fra det faktum at hvert enkelt individ har innflytelse og myndighet til å gjøre valg som kan påvirke egen helse, både i positiv og negativ retning (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Allikevel er det faktorer utenfor individets kontroll som er med på å påvirke de valgene man tar. Så lenge forskjellene i helse mye skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling er det viktig at samfunnet blir organisert på en måte som gjør at helseressurser blir fordelt rettferdig, slik at alle kan få tilgang på disse ressursene (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007; Whitehead & Dahlgren, 2009). Fokuset bør være på å utjevne de sosiale helseforskjellene og minske gapet mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene i samfunnet, slik at man løfter de som har dårligst helse opp på et nivå med de som har god helse (Whitehead & Dahlgren, 2009).

I følge stortingsmelding nr. 20 (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007) er en rettferdig fordeling av helse god folkehelsepolitikk. Folkehelsearbeid handler om å jobbe for en jevnere fordeling

av faktorer som påvirker helsen, og i det norske samfunn er det over tid blitt utviklet et sett med felles verdier som også representerer den norske velferdsstaten. Prinsippet om solidaritet står sentralt, det vil si at samfunnet har et spesielt ansvar for å ta seg av de svakeste, også de som ikke selv har ressurser til å fremme sin rettmessige betydning for at alle skal ha lik tilgang til medisinsk behandling, pleie og oppfølging (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007).

3.1.1 Hva er likeverd?

Helse er et grunnleggende gode for alle, og selv om mange sykdommer rammer tilfeldig og forskjellig, må målsettingen være å gi alle et likeverdig tilbud. Det innebærer imidlertid at tilbudet utformes forskjellig til forskjellige pasienter (Whitehead & Dahlgren, 2009). For å kunne utjevne de sosiale ulikhetene har regjeringen utarbeidet fire hovedmål (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Regjeringen ønsker å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, redusere forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester. De ønsker en mer målrettet innsats for sosial inkludering og de ønsker å utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007).

For å oppnå likeverd, beskriver Whitehead og Dahlgren (2009) at to typer tilgjengelighet er en forutsetning, økonomisk tilgjengelighet og kulturell tilgjengelighet. De med lav sosioøkonomisk status er gjerne de som har dårligst helse og ofte dårligst tilgang til helsetjenestene i vårt samfunn (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Mennesker med høyere sosioøkonomisk status har gjerne høyere utdanning, jobb og bedre økonomi, noe som gjør at de kan få en lettere tilgang til helsetjenestene. Dette er et eksempel på urettferdighet i helsesektoren, der de med størst behov for tilgjengelig helsetjeneste har minst tilgang og omvendt (Whitehead & Dahlgren, 2009).

Når det gjelder kulturell tilgjengelighet, handler dette om hvordan man som pasient opplever å bli møtt av helsesektoren og helsepersonell. Det synes som om ulike pasientgrupper, deriblant pasienter med rusmiddelproblematikk, kan bli nedprioritert i møtet med helsevesenet (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Sammenhengen mellom fagfeltens status og pasientens sosioøkonomiske status er en faktor som kan være med å forsterke denne nedprioriteringen og bidra til en urettferdig fordeling av helsetjenesten (Meld. St.16 (2011-2015) 2011; St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Informasjon og god kommunikasjon er

forutsetninger regjeringen mener er nødvendig for god behandling, allikevel blir pasienter flest, ofte behandlet som en del av majoritetsbefolkningen (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Dette kan føre til at pasientgrupper med særskilte behov ikke får den behandlingen de trenger, da flere gjerne har helt andre behov enn majoritetsbefolkningen (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007).

I Frost sitt fagsymposium (2009) og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) står det at alle mennesker har en iboende verdighet, uavhengig av kjønn, kultur eller sosioøkonomiske status. Ut i fra begrepet *iboende verdighet* tar man utgangspunkt i at man ikke kan ta fra et mennesket deres verdighet, men hvis man ikke er seg selv bevisst i møte med ulike pasientgrupper kan verdigheten allikevel krenkes (Frost, 2009). Det står også at uavhengig om man er fattig eller rik skal man møtes med verdighet, respekt og forståelse. God behandling og god sykepleie handler om å møte alle pasienter med respekt og empati, der man skal se hele individet og ikke bare diagnosen pasienten kommer inn med (Frost, 2009; Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette er ikke alltid tilfelle i praksis. Som helsepersonell og menneske kan man farges av sine holdninger, og pasientgrupper som kanskje er fattige, hjemløse og generelt lite ressurssterke kan oppleve å bli møtt med lite respekt og verdighet (Frost, 2009; Tipper, Mountain, Lorimer, & McIntosh, 2006). Menneskets holdninger inneholder en tro eller viten om hvordan noe er, som igjen kan bli bestemmende for hvordan man handler (Hummelvoll, 2005). Gjennom verdier og holdninger har man en forforståelse som gjør at man reagerer på en særegen måte når man møter ulike pasientgrupper. Positive holdninger fremmes ved personlig omsorg, likeverd, trygghet og støtte, mens negative holdninger kan oppleves ved manglende innlevelsessevne, travelhet og passivitet (Hummelvoll, 2005). Negative holdninger kan være med å skape en barriere mellom pasienten og helsesektoren, og føre til at pasientene vegrer seg for å oppsøke helsevesenet når de trenger det (Kelleher & Cotter, 2009). Positive holdninger i helsevesenet handler derimot om å ha tro og håp om at personer med ulike problemstillinger kan ta egne avgjørelser når det blir lagt til rette for det, samt å være imøtekommende i forhold til ønsker og behov disse menneskene har (Kelleher & Cotter, 2009). Videre handler holdninger om hvilken oppfatning helsepersonell har om ulike pasientgrupper og deres utfordringer knyttet til egen livssituasjon. Helsepersonell må være bevisst rundt sine egne holdninger i møte pasienter (Tipper et al., 2006). Gjennom å vise tiltro til pasienten, kan man være med å bidra til at pasienten opplever å bli bekreftet for den personen de egentlig er, og følelsen av å bli respektert og opplevelse av egen verdighet kan bli styrket (Tipper et al., 2006).

Andre virkemidler som kan bidra til en opprettholdelse eller økt skjevhet i fordelingen av helse er juridiske virkemidler som pasientrettigheter, rett til individuell plan, rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Pasientrettigheter skal blant annet sikre likeverdig tilgang på helsetjenester gjennom juridisk rett til nødvendig helsehjelp, valgfrihet, rett til informasjon, medbestemmelse og rett til ny vurdering. Bruken av slike rettigheter krever ressurser i form av kunnskap, både kunnskap om de krav og rettigheter som faktisk finnes, men også kunnskap om søknadsprosesser og tilgjengelighet til tjenesten (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007).

3.2 Likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester er et politisk mål i Norge og inngår som plikt i norsk lovgivning og i menneskerettighetene (Ørstavik, 2011). Likeverdige helsetjenester forutsetter likhet i tilgang, kvalitet og resultat. Likeverdige helsetjenester kan oppnås ved å gi alle pasienter likeverdig tilgang til omsorg og behandling, der tjenestene skal være av like god kvalitet til alle brukere og målet er resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde (Ørstavik, 2011). Et likeverdig behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon. Tilfredsstillende kunnskap, fokus på brukerinnflytelse, god kommunikasjon og tilrettelagt informasjon er elementer som må til for å kunne oppnå en likeverdig helsetjeneste (Whitehead & Dahlgren, 2009; Ørstavik, 2011). Likeverdige helsetjenester er forankret i lovverket, og både spesialisthelsetjenesteloven og diskriminerings- og likestillingsloven omhandler likeverdige helsetjenester og likeverd. Spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) sitt formål utgjør seks hovedpunkter, hvor flere av punktene handler om å fremme likeverdige helsetjenester. Lovens formål handler om å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, de skal sikre tjenestetilbudets kvalitet og bidra til et likeverdig tjenestetilbud. Videre har de som formål å bidra til at ressursene utnyttes best mulig og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene og blir tilpasset pasientens behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjelden likt resultat. Tjenestene må derfor tilrettelegges for den enkelte pasient (Whitehead & Dahlgren, 2009; Ørstavik, 2011).

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) har også de regionale helseforetakene et ansvar for å sørge for at hele befolkningen i helseregionen blir

tilbudt en likeverdig spesialisthelsetjeneste. Denne helsetjenesten skal være forsvarlig og utøves etter en overordnet organisering og styring slik at prinsippet om likeverdige helsetjenester ivaretas (Helsedepartementet, 2013). Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester. Det må innarbeides systematisk over tid, det må være helhetlige tilnæringsmåter og utviklingen av en likeverdig helsetjeneste må ha en solid ledelsesforankring for å kunne fungere i praksis (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Jobber man likeverdig vil man blant annet kunne få mer tilfredse pasienter, fordi pasientene opplever å bli tatt på alvor (Ørstavik, 2011). Helsepersonell vil kunne få en bedre arbeidssituasjon hvor de har større mulighet til å levere gode tjenester, samt at de vil kunne oppleve økt mestring i møte med ulike pasienter, og ledelsen vil kunne styre avdelingen bedre fordi avdelingens ressurser brukes mer målrettet og effektiv (Ørstavik, 2011).

Finnes ikke slike rutiner og prosedyrer kan pasienter oppleve å ikke få like god tilgang og kvalitet på helsehjelpen som andre i tilsvarende situasjon, da det vil avhenge av hvilke personer som behandler de ulike pasientene der og da (Whitehead & Dahlgren, 2009). Dette kan føre til diskriminering. Diskriminering handler ofte om at like tilfeller behandles ulikt eller at ulike tilfeller behandles likt. Diskriminering kan skje selv om helsepersonell og ledelsen i utgangspunktet har gode hensikter ved at man følger nøytrale regler og rutiner i praksis (Ørstavik, 2011). Hvis helsepersonell, bevisst eller ubevisst, behandler alle som en gjennomsnittspasient slik at alle får det samme tjenestetilbudet, kan man risikere at pasienter får mangelfull eller dårligere behandling avhengig av hvilken person av helsepersonellet de møter (Ørstavik, 2011).

3.3 Samhandling

I januar 2012 ble samhandlingsreformen iverksatt. Før denne reformen tredde i kraft opplevde mange pasienter at tjenestene ikke hang godt nok sammen og at samhandlingen mellom blant annet sykehus og kommune ikke var god nok (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Det var også et større fokus på behandling enn forebygging og mange pasienter ble veldig syke før de ble fanget opp av helsevesenet. I tillegg så man at flere pasienter med kroniske og langvarig lidelser hadde problemer i vekslingen mellom de ulike tjenestene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Behandlingen av pasienter med blant annet rusproblematikk var ofte preget av

brudd i behandlingsforløpet grunnet for dårlig samhandling mellom både de interne tjenestene i spesialisthelsetjenestene, og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Regjeringen så det som nødvendig med samarbeid og samhandling på tvers av fagfelt og sektor for å løse helseproblemer og helseforskjeller (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Samhandlingsreformens mål ble derfor å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Den skulle også bidra til at pasienter skulle få tidlig og god hjelp nærmest mulig sitt bosted, og gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud skulle pasienten få rett behandling, til rett tid og på rett sted. En helhetlig behandlingsskjede, uten brudd i behandlingen, mellom ulike instansene står svært sentralt i denne reformen. I tillegg vektlegges det fokus på høy pasientsikkerhet, god kvalitet og mest mulig individuell tilpasset behandling til pasientene (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Samhandlingsreformen skulle også bidra til økt brukermedvirkning, der pasientene skulle møtes med respekt og omsorg, og de skulle få en større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009).

Samhandlingsreformen er retningsgivende for innsatsen mot rusproblemer. I stortingsmelding nr. 16 (2011) la regjeringen frem den politiske kursen for helse og omsorgstjenestene, og folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen bygger på en utvidet og styrket kommunerolle, og en mer spisset spesialisthelsetjeneste for å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer. Gjennom samhandlingsreformen påpekte regjeringen behovet for å legge større vekt på folkehelse og forebyggende og helsefremmende arbeid (Meld. St.16 (2011-2015) 2011; St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). I forbindelse med denne reformen kom den nye folkehelseloven 1. januar 2012. Denne loven skal sikre at samfunnet fremmer helse, forebygger sykdom og reduserer sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Det er viktig med tidlig intervensjon for å kunne jobbe forebyggende og helsefremmende i rusområdet. Disse elementene er et prioritert satsingsområde i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet og de skal være med å bidra til å bedre behandlingsforløpet for pasienter med rusproblematikk (Helsedirektoratet, 2012B). Det finnes mange gjengangere i hjelpeapparatet og blant disse er det gjerne en opphopning av levekårsproblemer og personlige problemer. Grunnen til at dette har fått utvikle seg er gjerne fordi det ikke er satt inn tilstrekkelige og koordinerte tiltak før problemene utvikler seg (Departementene, 2009). For å kunne jobbe helsefremmende og forebyggende er det viktig at man har et langsiktig perspektiv, fellesskapsløsninger og viljen til å skape et inkluderende helsevesen. Man må også iverksette tiltak tidlig og ha en målrettet innsats for å kunne utøve et godt forebyggingsarbeid

(Departementene, 2009).

Arbeidet med forebyggende og helsefremmende arbeid i sykehusene er en forholdsvis ny måte og jobbe på, der man flytter fokus fra behandling til helsefremming og forebygging (Meld. St. 34 (2012-2013) 2013). Forebyggende, og da sykdomsforebyggende arbeid, har som mål å identifisere risikofaktorene for helseskader og sykdom tidlig, og iverksette tiltak for å beskytte enkeltindivider og grupper for at sykdom og skader utvikler seg. De vanligste strategiene er enten å redusere risikofaktorer for spesifikke sykdommer, eller å redusere menneskets mottakelighet for sykdom (Meld. St. 34 (2012-2013) 2013; NOU 1998:18, 1998). Når man skal jobbe helsefremmende og forebyggende i et akuttmottak på et sykehus må man iverksette tertiærforebyggende tiltak, da pasientene allerede har en lidelse eller sykdom de legges inn for å få behandling for (NOU 1998:18, 1998). Målet er å hindre forverring av eksisterende problemer hos individer der risikofaktorer allerede er observert eller opplevd (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; NOU 1998:18, 1998). Det bør stilles krav om at man umiddelbart oppretter kontakt med andre tjenester som skal involveres, på kort eller lang sikt, når man får inn en pasient, og ikke vente til de skal skrives ut (Departementene, 2009). Den forebyggende innsatsen til pasienter med rusproblematikk krever et godt tverrsektorielt samarbeid og forpliktende involvering fra flere nivåer for å sikre en tidligere og bedre samordnet forebygging, da rusproblemer ofte er svært sammensatte (Departementene, 2009; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011).

3.4 Individuell plan

Individuell plan (IP) er lovfestet i helse □omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernlov og ble innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere som har behov for langvarige og koordinerte helse □og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2010). IP ble utarbeidet fordi man så at helsetjenesten var for oppstykket og dårlig koordinert, slik at pasienter og pårørende selv måtte bruke tid på å finne et tilpasset og godt tjenestetilbud (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; St meld. nr. 25 (1996-1997) 1996). Etter ønske fra regjeringen utarbeidet helse □og omsorgsdepartementet et lovverk og retningslinjer for IP og iverksatte det gjennom både spesialisthelsetjenesteloven og folkehelseloven (Folkehelseloven, 2012; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Hensikten med lovverket og disse retningslinjene er å bedre samarbeidet og samordningen av helse□og

sosialtjenester til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Hovedansvaret for koordineringen skal ligge hos tjenesteapparatet og tjenesteutøverne, slik at pasienter og pårørende skal kunne slippe å koordinere tiltak og tjenester de selv har behov for (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009).

IP er utarbeidet til og for pasienten, og den skal være med på å sikre at pasienten får et koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2010). IP i seg selv utløser ikke rettigheter for pasientene, men den er en viktig premisse når vedtak om tjenester skal fattes. Helsepersonell som oppretter denne planen må lytte til pasienten og sørge for å imøtekomme pasientens individuelle behov (Helsedirektoratet, 2010). IP skal være med å styrke pasientens innflytelse over egen situasjon og brukermedvirkning må være tilstede når man skal iverksette denne planen. Helsepersonell skal være bevisst på å gi pasienten støtte og god informasjon som de trenger for å kunne bidra i beslutninger om eget behandlingsforløp og det skal legges vekt på at brukerne er forskjellige og at den enkeltes behov kan endres over tid (Biong & Ytrehus, 2012; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011).

Fra mars 2012 kom det retningslinjer fra Helsedirektoratet som slo fast at *instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse skal sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan* (Helsedirektoratet, 2012A). Behandling gir best effekt når den starter tidlig, er sammenhengende og skjer over lang tid. For den enkelte pasient er det IP som danner grunnlaget og presiserer samarbeidet for deres behandlingsforløp (Gabrielsen, 2004). Det er i hovedsak kommunene som iverksetter IP, men for å yte best behandling og styrke den helhetlige behandlingsskjeden er det viktig at behovet for IP kartlegges og iverksettes allerede i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell har en selvstendig plikt til å igangsette arbeidet med IP når en pasient, som har behov for en slik plan, oppsøker helsetjenesten. Når dette skjer allerede i spesialisthelsetjenestene bør det, så raskt som mulig, tas kontakt med riktig instans i kommunen (Helsedirektoratet, 2012B; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Det krever kunnskap og kompetanse hos helsepersonell i spesialisthelsetjenesten for å vite hvordan man starter opp IP. Mange ulike planverktøy i helsevesenet, som blant annet behandlingsplan, sykepleieplan, omsorgsplan og lignende, kan bidra til begrepsforvirring hos helsepersonell (Gabrielsen, 2004; Helsedirektoratet, 2012B). Det hender også at helsepersonell ikke har kjennskap til hvilke planer som skal bli brukt når og til hvem. Det er

derfor viktig at helsepersonell får opplæring og kompetansen som gjør at de kan utforme gode planer i samarbeid med pasientene, især når det kommer til utforming av IP (Helsedirektoratet, 2010, 2012B). Til forskjell fra de andre planverktøyene som finnes, tar IP utgangspunkt i pasientens egne definerte mål og danner grunnlaget for et helhetlig behandlingsforløp på tvers av behandlingsinstansene. Planen innebærer et faglig ansvar som skal sikre at tiltakene som beskrives i andre planer er i tråd pasientens overordnede mål (Helsedirektoratet, 2010, 2012B).

3.5 Historie og lovverk for behandlingen av pasienter med rusproblematikk

Rusomsorgen var tidligere underlagt fylkeskommunen og derav sosialtjenesteloven (Helsedepartementet, 2004). Personer med rusproblematikk ble behandlet som brukere/klienter og var adskilt fra behandlingen av pasienter med somatiske og psykiske lidelser. De hadde heller ikke de samme rettighetene som andre pasienter hadde under spesialisthelsetjenesteloven (Helsedepartementet, 2004). Tidligere definerte man rusavhengighet gjennom sosiale forklaringsmodeller, hvor rus ble sett på som et sosialt fenomen. Rusomsorgen har i mange år vært basert på frivillige, ideelle og private aktører, og hjelpeorganisasjoner, der til dels enkeltpersoner har spilt en stor rolle for hvilken hjelp disse pasientene får. Fortsatt er det mange frivillige organisasjoner som bistår i rusomsorgen i kommunene/fylkene (Gabrielsen, 2004).

I de senere årene har sykdomsmodellen fått en større plass i rusomsorgen, og gjennom rusreformen som ble iverksatt 1. januar 2004 ble personer med rusproblematikk behandlet som pasienter med en sykdom og lidelse og ikke klienter plaget med et sosialt fenomen (Biong & Ytrehus, 2012; NOU 2005:3, 2005). Tidligere tok ikke helsetjenesten det nødvendige ansvaret for de helsemessige sidene ved rusproblematikk, men lot sosialtjenestene ta dette ansvaret selv, på tross at intensjonen var at helse- og sosialtjenesten samlet skulle ha et ansvar (NOU 2005:3, 2005). Men da behandlingen for rusmiddelmisbruk ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene, ble denne behandlingen en del av spesialisthelsetjenesten. Dette innebar at rusmiddelmisbrukere fikk lovfestede pasientrettigheter og ble likestilt med andre pasientgrupper (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Kommunene beholdt i midlertidig sitt tidligere koordineringsansvar og ansvar for å yte

andre typer tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innebar oppfølging før, under og etter behandling (Helsedepartementet, 2004).

Det overordnede målet med rusreformen er å sikre at behandlingstilbudet til pasienter med rusproblematikk har en helhetlig og individuell tilnærming. Personer med rusproblematikk skal ivaretas bedre som pasienter gjennom pasientrettighetsloven, og man skal vektlegge det sosialfaglige så vel som det helsefaglige perspektivet (Helsedepartementet, 2004). Det skal legges til rette for at pasienter med rusproblematikk raskere skal kunne få de spesialiserte helsetjenestene som er nødvendig for å redusere somatiske og psykiske lidelser de måtte ha, i tillegg til sin rusproblematikk (Helsedepartementet, 2004; NOU 2005:3, 2005). Forebygging er også et sentralt element innen rusreformen (Helsedepartementet, 2004). Helsetjenestene som utøves til denne pasientgruppen skal være langsiktig og preget av kontinuitet, der helseforetakene aktivt skal bidra til et godt samarbeid med den kommunale helsetjenesten. Disse tjenestene skal bygge på et sterkt bruker- og mestringsperspektiv, gjennom blant annet IP (Gabrielsen, 2004). Gjennom rusreformen og samhandlingsreformen ønsket regjeringen å tydeliggjøre et felles ansvar for en mer tilgjengelig, helhetlig og balansert rusmiddelpolitikk. De ønsket også å øke kompetansen og bedre det holdningsskapende arbeidet mot rusmiddelproblematikk og rusbehandling hos helsepersonell i helsetjenesten (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Ved å gjøre behandlingen av pasienter med rusproblematikk til en spesialisthelsetjeneste på lik linje med somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, er målet også at innholdet i behandlingstilbudet skal bli bedre (Gabrielsen, 2004).

Det er godt dokumentert at mange pasienter med rusproblematikk ofte har sammensatte lidelser, deriblant psykiske lidelser (Fekjær, 2009; St meld. nr. 25 (1996-1997) 1996). En rapport fra Sintef viser at hele 47% av alle pasienter som er i rusbehandling også har en psykisk lidelse (Gråwe & Ruud, 2006). Weaver (2003) bekrefter dette gjennom sin studie, gjort i England, der det viser seg at mange pasienter med rusproblematikk også har en psykiatrisk lidelse. Dette utgjør en stor utfordring når det gjelder samhandling og ansvarsområder for de ulike helsetjenestene (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Før rusreformen kom ble pasienter med både rus- og psykiatriske lidelser ofte kasteballer mellom ulike tjenester og tjenestenivåer, dette skjer fortsatt, men gjennom rusreformen ble fokuset på dette problemet økt og behandlingstilbudet er mer samordnet mellom tjenesteyterne nå enn hva de var tidligere (Helsedepartementet, 2004; NOU 2005:3, 2005).

Evalueringsrapporter gjort av Stoltenbergutvalget (Stoltenberg, 2010) viser at rusomsorgen har gått i positiv retning etter rusreformen når det gjelder forvaltning, men når det gjelder kvalitet er det fortsatt et stykke å gå. Pasienter med rusproblematikk kan være komplisert å behandle fordi det ofte er både medisinske og psykosomatiske plager (Helsedirektoratet, 2012A). Tjenestetilbudet er også oppsplittet med mange instanser og uoversiktlige ansvarslinjer. Det kan ofte være uklart hvem som har ansvaret til enhver tid, og det er få som instanser som tar på seg det reelle ansvaret (Stoltenberg, 2010). Dette innebærer at denne pasientgruppen ikke fanges skikkelig opp og ofte faller mellom to stoler. Det mangler god nok koordinering på individnivå, og det mangler en helhetlig og felles strategi på systemnivå. Dette kan føre til at denne pasientgruppen får et dårligere behandlingstilbud, som igjen kan hindre den kontinuitet som er særlig viktig for pasienter med rusproblematikk (Lilleeng, Gystad, & Anthun, 2009; Stoltenberg, 2010). Det mangler også tilstrekkelig forskning på effekten av behandling og forebygging til pasienter med rusproblematikk (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Behovet for rusmiddelforskning og kompetanse hos helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen er økende, og det er satt opp regionale ruskompetansesentre som skal bygge opp og formidle rusfaglig kompetanse både til kommune og spesialisthelsetjenesten. Disse sentrenes ansvar for lokal kompetanse, kontinuerlig evaluering av hva som faktisk virker og gir effekter av de tiltakene man iverksetter mot denne gruppen, fremheves ytterligere gjennom samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009).

3.6 Pasienter med rusproblematikk i møte med helsevesenet

Rusproblematikk har vært og er fortsatt knyttet til stigmatisering om at problemene til disse pasientene er selvforskyldt og ikke kan endres (Biong & Ytrehus, 2012). Mennesker med rusproblematikk har ofte sammensatte utfordringer og flere kan ha problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet (Helsedirektoratet, 2012A; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011).

Rusproblematikk blir også ofte forbundet med selvforakt, fornedrelse, skam og skyld, både hos personene selv, men også generelt i samfunnet. Dette kan føre til at denne pasientgruppen opplever å bli utestengt fra fellesskapet og føle en avmakt i samfunnet, grunnet stigmatisering og fordommer (Helsedirektoratet, 2012A; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; Tipper et al., 2006). Pasienter med rusproblematikk har gjennom mange år blitt sett ned på og behandlet som om de er mindre verdt. Mange blir ofte sett på som ensbetydende med sitt rusmisbruk, og man ser bort i fra at dette er mennesker med like mye verdi som alle andre (Meld. St. 30

(2011-2012) 2011). Denne pasientgruppen har ofte et større behov for å bli sett, hørt og ikke minst blitt vist forståelse for i sitt møte med helsevesenet (Frost, 2009; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Når pasienter med rusproblematikk ofte kommer inn gjentagende ganger med samme diagnose, kan dette bidra til at helsepersonell kun ser diagnosen og ikke selve mennesket bak diagnosen (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Helsepersonell har en viss makt i sin posisjon, men så lenge man skaper en balanse mellom den makten helsepersonell innehar og den avmakten pasienten med rusproblematikk ofte opplever, kan man bruke denne makten positivt (Frost, 2009). Dette kan bidra til å styrke pasientens iboende verdighet og bedre den helhetlige behandlingen pasienten har krav på (Biong & Ytrehus, 2012; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011).

Lav utdanning, liten arbeidstilknytning og dårlig økonomi er alle faktorer som systematisk er knyttet til helseforskjeller, og faktorer som ofte er en stor del av pasienter med rusproblematikk sitt liv (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Dette kan føre til manglende ressurser til å tilegne seg den informasjon som finnes, og kan også føre til at de ikke klarer å fremme de krav og rettigheter som de innehar. Denne pasientgruppen har ofte et større behov for mer informasjon om sin tilstand og sine rettigheter enn de pasientene som er mer ressurssterke (Andresen & Lossius, 2012; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011).

Pasienter som kommer med rusrelaterte intoksikasjoner legges som oftest inn akutt ved akuttmottak på sykehus. Ved en rusrelatert intoksikasjon har pasienten fått i seg en overdose med rusmidler og pasienten er ofte ikke i stand til å ta vare på seg selv ved det gjeldende tidspunktet han/hun har blitt funnet. Noen pasienter er bevisstløse og kan sveve mellom liv og død, mens andre er søvnige/sløve (Andresen & Lossius, 2012; Fekjær, 2009). Pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon kan være mennesker som har hatt et langvarig rusmisbruk eller det kan være unge mennesker som nylig har begynt å teste rusmidler. Noen pasienter kan også oppleves som utagerende og aggressive, både på grunn av det vedkommende har tatt av rusmidler, samt at pasienter med rusproblematikk fort kan sette seg i forsvar ved å virke truende grunnet tidligere dårlig erfaring med helsevesen (Andresen & Lossius, 2012; Biong & Ytrehus, 2012; James, Madeley, & Dove, 2006).

3.6.1 utfordringer knyttet til helsevesenets møte med rusproblematikk

Innen den generelle helsetjenesten er det som oftest akuttavdelingene ved sykehusene som knyttes til rusproblemer (Helsedirektoratet, 2012A, 2012B). Man vet at en stor del av pasientene som henvises akuttavdelingene har rusproblemer, samt at mange kommer inn med akutte rusrelaterte diagnoser, deriblant intoksikasjoner (Helsedirektoratet, 2012A). Pasienter med rusproblematikk blir ofte sett på som homogene, og kan ofte bli satt i bås og ansett som like fordi de har samme lidelse (Biong & Ytrehus, 2012). Will Kymlicka er en liberalistisk kanadisk filosof som er talsmann for multikulturalisme og minoritetsrettigheter. Han har et anti-universalistisk syn og mener det er viktig å se på alle mennesker som heterogene, der alle mennesker er ulike individer med særskilte behov. Han mener videre at det ikke er en plikt å gi alle mennesker lik behandling, men at man skal imøtekomme og gi et tilbud som er tilpasset enkeltindividers og minoritetsgruppers særegne behov der det er nødvendig (Kymlicka, 2002). Ved å være positiv til at alle mennesker er ulike individer i et felles samfunn, vil man lettere kunne oppnå en likeverdig helsetjeneste. Ved å skape likeverd skaper man helse (Sletteland & Donovan, 2012; Wilkinson, 1996).

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker innen omsorgsteori. Martinsen mener omsorg er en grunnleggende forutsetning for all menneskelig eksistens og uttrykker at omsorg er en moralsk dimensjon som danner en grunnholdning hvor helsepersonell anerkjenner pasienter ut i fra hans/hennes situasjon og hvor omsorgen må skje på pasientens premisser (Martinsen, 2003, 2005). Hun sier videre man må se hvert enkelt individ i et helhetsperspektiv og helsepersonell må våge å gå inn i og stå i situasjoner for å oppnå en god relasjon. Å vise respekt kan være en moralsk måte å anerkjenne pasienten på og det er et sentralt utgangspunkt i møte med alle pasienter på sykehus (Martinsen, 2003). Å vise respekt vil også være en forutsetning for god relasjonsbygging med pasienter med rusproblematikk. Helsepersonell må vise respekt for pasientens sårbarhet og må imøtekomme han/henne på en seriøs måte. En slik fremtreden bidrar til å verne pasientens sårbarhet og opplevelse av verdighet (Martinsen, 2003). Det er også viktig at helsepersonell bidrar til at miljøet pasienten blir tatt i mot i gjøres mindre skremmende for den enkelte. Dette kan være forebyggende for sykdomsforløpet til pasienten, ved at pasienten blant annet trygges der han/hun er (Martinsen, 2009).

I en hektisk hverdag med knapp tid og ressurser, kan det være vanskelig å finne den fleksibiliteten man trenger for å få til et godt samarbeid med pasienten. En felles tilnærming

til de utfordringene en innleggelse byr på, kan bidra til at både sykepleiere og pasienten får en bedre opplevelse av innleggelsen (Biong & Ytrehus, 2012; Happell & Taylor, 2001). En god relasjon er en helt nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging av pasienter med rusproblematikk (Andresen & Lossius, 2012; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Dette kan oppnås ved at helsepersonell legger grunnlag for en vennlig, ikkedømmende og respektfull relasjon i møtet med pasienter med rusproblematikk. Når en god relasjon er etablert er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning ved å finne pasientens egne ressurser (Andresen & Lossius, 2012; Martinsen, 2005; Nesvåg et al., 2007). Helsepersonell har mange muligheter til dialog med pasienter med rusproblematikk, men ofte vegrer man seg å ta denne dialogen da man er redd for å gjøre feil eller åpne samtaler man ikke har tid eller kunnskap til å følge opp (Martinsen, 2005). Dermed er det mange pasienter som glipper ut av helsevesenet uten at noen fanger de opp. Pasienter med rusproblematikk har et særlig behov for å fanges opp tidlig, slik at man kan forebygge at problemene utvikler seg videre (Meld. St. 34 (2012-2013) 2013; Nesvåg et al., 2007).

For å oppnå en god rusomsorg er det viktig at helsepersonell kjenner til omfanget av rusproblemer og behovet denne pasientgruppen har for gode og helhetlige helsetjenester (Gabrielsen, 2004). Å ha nok kompetanse til å gjenkjenne rusproblemer, vil kunne bedre arbeidet med å avdekke og vurdere behov for hjelp og behandling til denne pasientgruppen (Happell & Taylor, 2001; Kelleher & Cotter, 2009). Helsepersonell i akuttmottak har en unik mulighet til å fange opp pasienter som kanskje selv ikke ville oppsøkt lege for sitt problem og hjelpe de til videre behandling, men dette forutsetter klar struktur og klare rammer (Gabrielsen, 2004). Uten klare rammer for hvordan man skal imøtekomme og ta vare på denne pasientgruppen er det lett at behandlingen blir preget av den enkeltes ansattes holdninger og synspunkter på hva som bør gjøres i de enkelte tilfellene. Dette betyr at pasienten kan være heldigeller uheldigi sitt møte helsevesenet, etter hvilken sykepleier vedkommende møter ved innleggelse (Gabrielsen, 2004). Pasienter med rusproblematikk er ofte svært sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. God rusbehandling setter store krav til flyt, der det må bli enklere å få rask hjelp og lettere å finne frem i behandlings- og oppfølgingsapparatet. Eksempel på god flyt er blant annet at utskrivning fra et tiltak umiddelbart følges opp av innskrivingen til videre oppfølging. Tilbudet som gis må henge sammen, der man må sette pasienten i sentrum og tenke helhetlig på tvers av tradisjonelle sektorinndelinger. Enkelttiltak er ikke godt nok, hele tiltakskjeden må henge sammen for å unngå unødig behandlingsbrudd (Helsedepartementet, 2004).

Årsakene til behandlingsbrudd kan være flere, men ofte ser helsepersonell på årsaken ensartet med pasienten selv. Grunnen til dette kan være for liten kjennskap til systemet og til pasientgruppene det gjelder for (Gabrielsen, 2004). En årsak til at behandlingsbrudd skjer kan være at det er helsetjenestene som definerer målene til pasienten og ikke pasienten selv. Målene til pasientene er gjerne varierende og må tas i betraktning når man skal iverksette behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2010). Pasienter med rusproblematikk er ofte ambivalente, de er preget av sin rusavhengighet og mange føler at det er rusen som eier de og ikke de som eier rusen (Andresen & Lossius, 2012). Dette må helsetjenesten ta hensyn til når mål skal settes. Det er også helt vesentlig å ha klare ansvarsforhold, slik at pasienten vet hvem han/hun skal forholde seg til. Uklare mål og uklare ansvarsforhold fratår pasienten ansvar og skaper uenighet om hvilke tiltak det faktisk er behov for i de enkelte tilfellene (Gabrielsen, 2004). Derfor er en klar samhandling med klare mål både ovenfor spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og pasienten selv helt vesentlig for å sikre et godt behandlingsforløp (Gabrielsen, 2004; St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Det er viktig at helsepersonell forstår årsakssammenhengen ved brudd i tjenesten. Selv om man i et akuttmottak kun kan være med å starte denne prosessen vil allikevel det å iverksette tiltak tidlig ha stor betydning for veien videre for denne pasientgruppen. Det er viktig å ha kjennskap til dette når pasienter reinnlegges med samme problemstilling (Bäcklund et al., 2010). Vet man hva som kan være grunnen for behandlingsbrudd i utgangspunktet, kan det være lettere å forstå viktigheten av å iverksette tiltak som samsvarer med pasientens ønsker og behov med en gang (Stoltenberg, 2010).

3.6.2 Kunnskap og kompetanse hos helsepersonell i akuttmottak

På tross av økende satsning på rusomsorgen de siste ti årene, viser det seg at det fortsatt er for liten kunnskap og kompetanse hos helsepersonell om denne pasientgruppen (Helsedepartementet, 2004; Mork, Ystgaard, Mehlum, & Holte, 2001). Nasjonal helse- og omsorgsplan slår fast at styrking og utvikling av kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet skal fortsette, og et av hovedmålene til opptrappingsplanen for rusfeltet er å bedre kvaliteten gjennom å styrke forskning, undervisning, kompetansen og kvaliteten i tjenesten (Helsedirektoratet, 2012B; Meld. St.16 (2011-2015) 2011). Sosial- og helsedirektoratet

(2005) påpeker også nødvendigheten av å bedre kunnskap og effektivisere behandling av pågående rusmisbruk i somatiske avdelinger.

Helsepersonell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene, der helsetjenester til personer med rusproblemer må utvikles i tråd med blant annet målene i samhandlingsreformen (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). I tillegg må man i større grad vektlegge forløpstenkning, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, samtidige rusproblemer og psykiske problemer, tidlig innsats og forebygging (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011).

Undervisning om rusmisbruk har for liten plass i de medisinske og helsefaglige utdanningene, og helsepersonell trenger ulik oppfølging avhengig av deres bakgrunnskunnskaper og roller i dette arbeidet. I tillegg er det avgjørende for innsatsen å forstå hensikten og nytten av sitt bidrag (Kelleher & Cotter, 2009; Nesvåg et al., 2007). Sykepleiere er en uutnyttet ressurs i arbeidet med rusomsorgen og de bør trygges på at en aktiv rolle ikke forstyrrer pasientrelasjonen (Martinsen, 2003; Nesvåg et al., 2007). Mangel på den nødvendige kompetansen hos helsepersonell vil kunne skape en større avstand i pasient-pleier relasjonen, som kan føre til at pasientene ikke får den helhetlige behandling, basert på likeverd, som de både har behov for og krav på (Helsedirektoratet, 2012A; Sletteland & Donovan, 2012). For å unngå dette kreves en profesjonell og trygg tilnærming, hvor man bekrefter pasientens menneskeverd, med den tro på at endring kan skje med individuell tilpasset behandling og samhandling (Departementene, 2009; Gabrielsen, 2004). For store kunnskapshull om rusproblemer blant helsepersonell og for liten oppmerksomhet rundt betydning av individfokusering, kan føre til at vesentlige problemer hos pasientene neglisjeres og en dårligere helsetjeneste utøves til denne pasientgruppen (Gabrielsen, 2004). Det er derfor vesentlig å styrke kunnskapen i akuttmottak der mange kommer inn med ulik rusproblematikk, deriblant rusrelaterte intoksikasjoner (Kelleher & Cotter, 2009). Økt veiledning, kunnskap og kompetanse er nødvendig i forhold til bevisstgjøring av holdninger, og gjennomføringen av tidlig identifikasjon/intervensjon og forebygging til denne pasientgruppen (Happell & Taylor, 2001; Nesvåg et al., 2007).

4 Metode

For å svare på problemstillingen har jeg benyttet en kvalitativ fenomenologisk tilnærming (Malterud, 2011). Jeg valgte en fenomenologisk tilnærming for å få en større innsikt i hvordan sykepleiere i akuttmottaket ved Ahus opplever å bedre kunne oppfylle krav som er satt for en rettferdig fordelt og likeverdig helsetjeneste, med fokus på samhandling mot en bestemt pasientgruppe. Jeg ønsket med denne studien å få en større forståelse av informantens daglige praksis, fra deltagerens eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). En kvalitativ fenomenologisk metode har til hensikt å fange opp meninger, tanker, opplevelser, forståelser og holdninger om et fenomen slik deltagerene selv opplever det (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Videre gir denne tilnærmingen forskeren muligheten til å gå i dybden om det temaet som belyses (Malterud, 2011).

4.1 Beskrivelse av studiestedet

Studien rekrutterte informanter i akuttmottaket ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Ahus er et helsefremmende sykehus, der de har et eget senter for helsefremmende arbeid hvor det jobbes for et økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid på sykehuset. Ahus er også en del av HPH, Health Promoting Hospitals, som er en organisasjon som jobber for helsefremming på sykehus. HPH følger WHO's prinsipper i Ottawa charteren (WHO, 1986).

Ahus er et av landets største sykehus og deres opptakssområder favner alle kommunene i Follo, på Romerike (bortsett fra Nes kommune innenfor somatiske tjenester), Rømskog i Østfold, samt de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner. Disse kommunene utgjør ca 490 000 mennesker, som Ahus skal levere helsetjenester til. I akuttmottaket på Ahus legges det inn ca 52 000 pasienter årlig, av disse er rundt 450 pasienter med intoksikasjon. Det er ca. 120 sykepleiere som jobber i akuttmottaket, hvor ca. 80 av disse er i 80% stilling eller mer.

I akuttmottaket på Ahus jobber man primært etter behandlingsprinsippet. Fokuset ligger først og fremst på å behandle pasienten, uten at det forebyggende og helsefremmende perspektivet rundt pasientene står særlig sentralt på systemnivå i akuttmedisinsk avdeling. Akuttmottaket på Ahus har et høyt pasienttrykk og en svært høy arbeidsbelastning, der man har faste rutiner/prosedyrer for å imøtekomme medisinske, kirurgiske, nevrologiske og ortopediske

pasienter, men ingen faste rutiner eller behandlingsplaner for pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon og psykiske problemstillinger. I dagens praksis bruker man primært prosedyren for medisinske mottak til pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon. Man stabiliserer tilstanden til pasienten medisinsk, før pasienten enten sendes på intensiv/postoperativ avdeling, til akutt24, som er en ett-døgns observasjonspost under akuttmedisinsk avdeling, eller de blir skrevet ut fra sykehuset/akuttmottaket om pasienten kommer til seg selv igjen under oppholdet der. Det er ingen psykiatere tilgjengelig i akuttmottaket ved første møtet.

Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 inngikk Ahus ulike samarbeidsavtaler med kommuner og bydeler som sokner til Ahus. Disse avtalene definerer hvilke ansvarsområder de ulike instansene har og hvordan samarbeidet mellom de ulike instansene skal foregå (Ahus, 2012a). Avtalene det refereres til er en overordnet avtale, under dette har de utarbeidet flere delavtaler som blant annet omhandler helhetlige og koordinerte tjenester, forebygging, brukermedvirkning og bruk av IP til alle pasientgrupper innlagt Ahus, da også pasienter med rusproblematikk (Ahus, 2012a, 2012b, 2012c). Disse avtalene skal være styrende for samhandlingen mellom Ahus og de aktuelle bydelene og kommunene Ahus favner.

4.1.1 Rekruttering og beskrivelse av informanten

For å rekruttere informanter til denne studien skaffet jeg en oversikt over alle ansatte i akuttmottaket som oppfylte studiens inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var sykepleiere i minimum 80% stilling og helst tredelt turnus. Jeg sendte deretter ut en e-post med informasjonsskriv (se vedlegg 1) om studien til de 80 sykepleierne som oppfylte inklusjonskriteriene, av disse ønsket jeg å rekruttere 7-8 deltagere. Jeg fikk kun tre svar på e-post innen tiden jeg ønsket. Derfor sendte jeg ut en e-post til, samt at jeg informerte og oppfordret de aktuelle deltagerne til å lese e-posten. Slik fikk jeg ytterligere fire informanter. Grunnen til at så få svarte kan være at man som ansatt på Ahus får svært mange e-post gjennom hele døgnet, samt at man har ingen tid avsatt i akuttmottaket til å gå igjennom e-posten sin i arbeidstiden.

Totalt deltok syv sykepleiere i studien, hvorav seks er i tredelt turnus med 80% stilling eller mer, mens en deltager jobber i todelt turnus. Jeg valgte å ta med denne informanten da vedkommende nylig har jobbet tredelt turnus, og i tillegg har lang arbeidserfaring som sykepleier. Det er både kvinner og menn i alder fra 28 □60 år med i studien. Deres arbeidserfaring som sykepleier varierer mellom 4 til 20 år. Jeg ønsker å ikke utdype informantene nærmere fordi de ikke skal kunne identifiseres.

4.1.2 Gjennomførelsen av intervjuene

Under intervjuene brukte jeg en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuguiden hjalp meg å skape en god samtale med informantene, som igjen gjorde at jeg lettere kunne oppmuntre informantene til å komme med utdypende informasjon om temaene som ble belyst under intervjuene. Intervjuene ble innledet mer eller mindre likt, med enkle spørsmål som verken kunne skremme eller provosere informanten. Dette blir anbefalt ettersom det er i den første fasen at forskeren etablerer en relasjon og et tillitsforhold til informantene (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Innledningsspørsmålet gikk ut på at informantene fortalte kort om seg selv og sin arbeidserfaring. Deretter åpnet jeg med et standard spørsmål hvor jeg ønsket å høre hvordan et vanlig pasientmottak utartet seg, som gjorde at jeg lettere kunne komme inn på selve temaet jeg skulle belyse under intervjuet. Intervjuet besto av noen hovedpunkter, hvor jeg hadde flere underspørsmål. Hovedpunktene handlet om hvordan sykepleierne opplever møtet med pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon, hvilken kjennskap sykepleierne har til begrepene samhandling og individuell plan, hvordan sykepleierne mener behandlingstilbudet kan bedres til denne pasientgruppen og hvordan de opplever egen og avdelings fokus på kunnskap og kompetanse til denne pasientgruppen. Under de ulike intervjuene hendte det at informantene sa ting jeg ikke hadde konkretisert i guiden, men da valgte jeg å følge opp disse med åpne spørsmål for å finne ut mer om det de fortalte, da jeg så at dette ville være vesentlig for min problemstilling. Båndopptaker, samt noen notater, ble benyttet for å registrere informasjonen som kom frem under intervjuene. Etter intervjuene ble lydopptakene transkriberte, før jeg analyserte informasjonen som kom frem under intervjuene. Jeg utførte også tre pilotintervju på forhånd, med sykepleiere på Akutt24. Data i disse

intervjuene ble ikke tatt med i selve studien, da jeg utførte de for å få testet og forbedret intervjuguiden best mulig.

4.2 Analyse av data

I denne studien er det gjort en fenomenologisk analyse av data. Ved en fenomenologisk analyse søker en å beskrive fenomenene (Malterud, 2011). Ved studiet av mennesker søker en forståelse av fenomener ut i fra individets eget perspektiv, der man ønsker å finne meningsinnholdet og kartlegge deltageres opplevelser og erfaringer i datamaterialet som er samlet inn (Malterud, 2011). Denne studien tar sikte på å kartlegge og utvikle kunnskap gjennom sykepleieres beskrivelser av mottak av pasienter med rusproblematikk i akuttmottaket ved Ahus. Disse beskrivelsene baseres på funn gjennom analyseprosessen. Jeg startet analyseprosessen ved å transkribere alle intervjuene, der jeg gikk gjennom alle lydopptakene og skrev de over i tekstformat. Deretter leste jeg over hele materialet og lette etter interessante og sentrale temaer som kunne være med å besvare problemstillingen. I følge Malterud (2011) er det viktig å ikke gå for mye inn i detaljer ved en slik gjennomlesning, men kun notere ned de hovedelementene man finner relevant for å kunne besvare problemstillingen.

Når man har dannet seg opp et helhetsinntrykk og sammenfattet meningsinnholdet, må man i følge Malterud (2011) gå videre og finne de meningsbærende elementene i materialet. Dette gjorde jeg ved å systematisk gå igjennom transkriberingen, der jeg identifiserte kunnskap og informasjon rundt hovedelementene jeg hadde funnet i første delen av analysen. De aktuelle tekstelementene markerte jeg etter hvert som jeg gikk igjennom materialet. Jeg valgte å dele opp problemstillingen i studien inn i tre spørsmål som jeg brukte som hovedoverskrifter i analysen. Deretter fant jeg elementer under hvert av de tre hovedspørsmål som ble brukt som delkategorier i analysen. Dette var elementer som til stadighet kom frem gjennom intervjuene og som var meningsbærende for å kunne belyse problemstillingen. Disse elementene ble satt inn under hver delkategori, etter hvert som dette ble gjort for hvert intervju oppdaget jeg at noen av delkategoriene ikke var like utfyllende og meningsbærende som først antatt. Jeg tok da og fjernet eller satt det sammen med en av de andre kategoriene. Under denne prosessen kan man, i følge Malterud (2011) gå tilbake til det teoretiske rammeverket for å bedre kunne sortere de meningsbærende elementene og kategoriene man ønsker å ta med seg videre i

analysen. Ved å gjøre dette ble det enklere å finne ut hvilke temaer som skulle inkluderes videre i studien. Etter å ha utført dette ble de meningsbærende elementene systematisk hentet ut de fra kodingene som var utført, for så å sette de sammen i meningsutsagn inn i analysekapittelet i oppgaven. Det er viktig at sammenfatningen formidles på en måte som er lojal i forhold til informantenes stemmer og som gir leseren innsikt og tillitt til materialet (Malterud, 2011). Innholdet i teksten i analysen formidler essensen fra flere av historiene som ble fortalt i intervjuene og det er dette som er selve resultatene. Resultatene underbygges med ulike sitat fra intervjuene.

4.3 Ethiske overveielser

All vitenskap skal styres av forskningsetiske normer og retningslinjer (Johannessen et al., 2010). For helsefaglig forskning er det Helsinki-deklarasjonen som gjør seg gjeldende. Dette prosjektet har forholdt seg til denne deklarasjonen og har fulgt de forskningsetiske retningslinjer som foreligger der (World Medical Assosiation, 2012). Ved planleggingen av et studie må det innhentes samtykke, samtidig som man sikrer konfidensialitet (Malterud, 2011). Det ble sendt en fremleggsøknad til REK Sør- Øst, som anså prosjektet som utenfor deres ansvarsområde. Deretter ble det sendt en søknad til personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), da båndopptak av intervjuene kan gjøre brukerne indirekte identifiserbare. NSD godkjente studien. Skriftlig og muntlig informasjon, som var godkjent hos NSD, om hva det innebærer å delta i studien ble gitt til de aktuelle informantene. Anonymitet og konfidensialitet er blitt ivaretatt hos deltagerne, som også har mottatt en samtykkeerklæring og informasjon om at de kunne trekke seg når som helst i løpet av prosjektet hvis de ønsket det. Deltagerne ble også informert om at datamaterialet ville bli anonymisert og lydopptak ville bli slettet når prosjektet var ferdig.

5 Resultater

På spørsmålet om hvordan sykepleierne opplevde møtet med pasienter med rusrelatert intoksikasjon fant jeg fem tema; fordommer, samtalen med pasienten, hvordan og hvilken informasjon som gis, dekking av individuelle behov og frykt for egen sikkerhet. På spørsmålet om hva sykepleierne mener kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester fant jeg tre tema; mer tid og ressurser, mer kunnskap og bedre behandlingsplaner. På spørsmålet om hvordan sykepleierne mener de kan bruke individuell plan og samhandling fant jeg to tema; lite kunnskap om individuell plan og samhandling, og sykepleiernes ulike erfaringer med samhandling. Temaene er beskrevet i Tabell 1 og i teksten under.

Tabell 1 Oversikt over tema

Hvordan erfarer og opplever sykepleierne at de møter pasienter med rusrelatert intoksikasjon?	Hva mener sykepleierne kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for denne pasientgruppen?	Hvordan mener sykepleierne de kan bruke individuell plan og samhandling for å bedre kvaliteten på helsetjenesten til denne pasientgruppen?
<ul style="list-style-type: none">- Fordommer- Samtalen med pasienten- Hvordan og hvilken informasjon som gis- Dekking av individuelle behov- Frykt for egen sikkerhet	<ul style="list-style-type: none">- Mer tid og ressurser- Mer kunnskap- Bedre behandlingsplaner	<ul style="list-style-type: none">- Lite kunnskap om individuell plan (IP) og samhandling- Sykepleiernes ulike erfaringer med samhandling

5.1 Hvordan erfarer og opplever sykepleierne møte med pasienter med rusrelatert intoksikasjon?

5.1.1 Fordommer

Informantene forteller at de ofte syns pasienter med rusproblematikk oppleves som en krevende pasientgruppe. Informantene sier de ikke har noe i mot pasienter som kommer inn med intoksikasjon, men at de opplever det som en vanskelig pasientgruppe som ofte tar mye tid. De forteller også om gjengangere og dårlige erfaringer ved mottak av denne pasientgruppen, og flere uttrykker en fortvilelse når de får spørsmål om hva de tenker når de skal ta i mot en pasient med rusrelatert intoksikasjon, spesielt hvis det er en av

□gjengangerne□ Noen forteller også at de har opplevd utagering og aggresjon, som de sier påvirker dem i møte med denne pasientgruppen. Én forteller at man blir farget av de erfaringene man gjør i jobben, og sier videre: □□ har man sittet og fått slengt dritt av samme fyren gjennom flere år, så skjønner jeg at det ikke er fristende å sette deg ned å snakke med denne pasienten i to timer□ alle har nok en profesjonell holdning til de og gir de på en måte det de skal ha, men ikke noe særlig mer heller□

Flere sier at de kan oppleve det som et ork når de får beskjed om at de skal ta i mot en pasient med intoksikasjon. En informant sier hun utøver sykepleien med mindre empati til denne pasientgruppen. Hun sier hun utøver den pleien de har rett på, men at hun samtidig holder seg mer profesjonell og mindre empatisk når det kommer til mottak av disse pasientene.

□De her er en pasientgruppe som alle andre pasientgrupper. De har rett til pleie, men jeg kjenner det slik at de ikke har rett til min fulle empati.□

Hun sier videre at dette er et bevisst valg fra hennes side, da hun opplever at mange pasienter har gjort det de har gjort kun for å få oppmerksomhet. Denne informanten sier hun ikke ønsker å bekrefte det pasienten har gjort ved å vie de mer oppmerksomhet enn nødvendig.

□□ jeg vil ikke bekrefte at det de gjør får min oppmerksomhet. At de får □ååå, så synd det er på deg og stakkars deg□ Jeg vil ikke at de får den bekräftelsen, for det er den bekräftelsen de vil ha. Og får de den gang på gang, så fortsetter de i det mønsteret. Får de ikke det håper jeg at de tenker □det er kanskje ikke så synd på meg□ □

Flere av informantene føler de ter seg ganske likt til de ulike pasientgruppene som legges inn i akuttmottaket, og at de ikke gjør forskjell på *□Jørgen Hattemaker og statsministeren□* En informant forteller at han opplever at de som avdeling behandler alle så likt som mulig, men at hver enkelt sykepleier må være ærlig og bevisst ovenfor seg selv i forhold til de fordommer eller antagelser de eventuelt har til disse pasientene, slik at dette ikke farger mottaket av pasienten. Denne informanten forteller videre at han opplever at det kan være noe enklere når man har en somatisk angrepsvinkling i møte med pasientene.

Det kommer også frem at pasienter med intoksikasjon ikke har en kjempestatus i akuttmottaket. De fleste sier at de jobber i akuttmottak for å jobbe med akutt somatisk syke

pasienter, og at det er kasus som blant annet traumer og brystmerter sykepleierne synes er mest spennende å ta i mot. Én forteller: *hvis vi en sjelden gang sitter på vaktrommet fordi det er rolig og man får beskjed om at det kommer en intoks pasient som må tas i mot, så er det ikke da man umiddelbart ser folk hopper i været og vil ta i mot denne pasienten.*

5.1.2 Samtalen med pasienten

Generelt, i akuttmottaket på Ahus, forteller informantene at de går sammen to og to når de tar i mot pasienter, der én skriver sykepleiedokumentasjonen og den andre gjør de praktiske prosedyrene som vitale parametere, blodprøver, venflon og lignende. De fleste informantene gir uttrykk for at dette er en fin måte å jobbe på, der de sier at det gjør arbeidet lettere ved at man har noen man kan konferere med underveis og hjelpe hverandre hvis pasienten skulle bli dårligere, eller ved fysisk tunge pasienter der det kreves at det er flere. Allikevel er det en informant som sier at selv om hun synes det er bra å være to, opplever hun noen ganger at det kan være lettere å få god kontakt med pasienten om hun tar i mot alene. Hun begrunner det med at hun føler hun kan få en mer naturlig samtale med pasienten mens hun gjør de rutinemessige prosedyrene, og sier videre: *jeg synes man kommer nærmere pasienten om man er én*

Utover dette sier de fleste informantene at de finner samtalen med pasienten som vanskelig. Det kommer frem flere grunner til dette. En grunn som blir oppgitt er at de ikke opplever å ha nok tid til å snakke med pasientene, eller ikke tør å åpne for en samtale fordi de ikke føler de har tid til å avslutte den. For eksempel er det en som sier:

jeg føler noen ganger at jeg ikke har lyst til å alltid gå inn på det, fordi jeg føler jeg ikke har tid, uansett, til å følge det opp. jeg har veldig respekt for at om du har fått i gang en samtale, at du har fått pasienten til å åpne seg, er det en egen teknikk for å avslutte den og det skal ikke gjøres i hastverk.

Samtlige informanter føler de må ha tid til å avslutte en samtale hvis de først åpner den. De gir uttrykk for at de ikke har den tiden som kreves for å kunne starte en samtale på det emosjonelle og psykiske plan da det er et svært høyt pasienttrykk i akuttmottaket.

Informantene forteller at når standardspørsmålene er utført og pasientene er stabilisert

somatisk, må de skynde seg videre for å ta i mot neste pasient. Det kommer frem flere eksempler som belyser den knappe tiden sykepleiere har i akuttmottaket. En informant forteller at: enkelte ganger tror jeg at pasienten kunne tenkt seg at noen kunne ha lyttet til dem, og har tid til dem. Men det har vi ikke i et akuttmottak som Ahus.

En annen informant sier hun ikke stiller direkte spørsmål om hvorfor pasienten har gjort det de har gjort fordi hun ikke føler hun har tid til å være der for å høre på svaret.

da er det bedre å la være å stille spørsmålet jeg skriver det heller i notatet om pasienten skulle si noe selv også håper man i sitt stille sinn at det er noen andre som fanger opp dette på veien.

Den generelle kommunikasjonen med denne pasientgruppen oppleves som veldig varierende blant informantene, både på grunn av at pasientene kan være bevisstløse, men også fordi pasientene kan være innesluttet og avvisende når sykepleierne prøver å snakke med dem. En informant sier han synes det er mer utfordrende å kommunisere med pasienter med intoksikasjon enn med vanligesomatiske pasienter.

det er jo på grunn av at det en årsak til at de har gjort det som regel. da er de ikke veldig lystne på å prate heller. Vi kan jo gjøre noe med det, men da kommer jeg tilbake til dette med tiden igjen. Hvor viktig er det for oss i den akutte fasen, at de skal legge ut om livet sitt?

Informanten sier videre at selv om han ikke synes det er så viktig informasjon for sykepleierne i den akutte fasen, så ser han at det kan være viktig for pasientene, da de ofte kan ha behov for å snakke med noen når de kommer inn i akuttmottaket. Flere av informantene underbygger dette ved å si at de tror mange av pasientene kan ha behov for å snakke om det de har gjort og hvorfor, men at de da må kunne ha tiden til å sette seg ned å føre en skikkelig samtale med pasientene. Samtlige informanter erfarer at det ikke er tilrettelagt for å kunne sette av tid til å imøtekomme pasientens behov for en slik samtale i akuttmottaket, samt at flere også synes det kan være ubehagelig. Manglende kompetanse og en redsel for å si noe galt som kan forverre situasjonen til pasienten er grunner som kommer frem i forhold til dette. En informant sier: jeg tenker ofte at kan jeg gjøre det verre liksom? ved å stille de her spørsmålene.

Det var kun en av informantene som sa at hun følte seg trygg i denne situasjon og som valgte å prioritere tiden når hun så det var behov for det. Denne informanten hadde tidligere erfaring fra psykiatrien og var den av informantene som hadde mest kunnskap og kompetanse om denne pasientgruppen.

□□ jeg tror mange vegrer seg for å gå så mye inn på grunnen til at pasienten kommer inn med intoksikasjon. □ det handler sikkert om mye uvitenhet og litt lite kompetanse på psykiatribiten både hos sykepleiere og leger. □

Informanten presiserer videre viktigheten med å være direkte med pasientene. Hun hadde erfart at ved å spørre pasienten direkte, fikk man også veldig ærlige og direkte svar tilbake.

□□ som oftest har jeg erfaring med at hvor mer direkte man er, jo lettere er det å få en allianse med pasienten. □ at de får lettet litt på det trykket de ofte har når de kommer inn. □ de fleste pasientene opplever det som en lettelse når noen spør de direkte □ □

Andre grunner som kommer frem under intervjuene, i forhold til å starte en samtale med pasienten, er at pasientene kan være ruset og vanskelig å få kontakt med. Noen sier også at de ikke synes man skal starte en samtale på den emosjonelle og psykiske plan så lenge pasientene fortsatt er påvirket av det rusmiddelet de har tatt. Flere opplever også å ha for lite kunnskap og kompetanse i forhold til å vite hvordan de skal kunne imøtekomme denne pasientgruppen best mulig. Informantene sier de gjør det de er kjent med i forhold til et vanlig medisinsk somatisk mottak. Utover det sier flere at de føler den psykiske□og rusrelaterte biten ikke er akuttmottaket sitt ansvarsområde, både på grunn av høyt arbeidspress, men også på grunn av at deres hovedkompetanse og størst faglig interesse er somatiske pasienter.

□□ jeg vil tro at de (pasienter med intoksikasjon) opplever å ikke blir tatt vare på □ ikke blir møtte like mye på det psykiske plan som på det fysiske. At vi er veldig opptatt av det FYSISKE. □

5.1.3 Hvordan og hvilken informasjon som gis

Det kommer frem under intervjuene at det ikke finnes noe informasjonsbrosjyrer eller lignende til pasienter som legges inn med intoksikasjon. Informasjonen som gis handler primært om det videre forløpet i akuttmottaket, utover dette sier samtlige informanter at de ikke vet helt eksakt hva som skjer videre når pasienten reiser fra akuttmottaket. Det fortelles at det ikke er noe rutine i avdelingen for å skulle gi pasienten noe mer informasjon utover det som skjer i akuttmottaket. Ingen av informantene har heller noe kjennskap til hvilke hjelpeinstanser, og hvilke rettigheter og krav pasientene har. På bakgrunn av dette sier de at de ikke har kunnskap nok til å informerer pasientene om dette.

Informanten med mest erfaring forteller at det finnes et informasjonskort i akuttmottaket med telefonnummer til noen hjelpeinstanser pasienten kan kontakte etter utskrivelse, men at det er lite brukt i akuttmottaket, hun vet ikke helt hvorfor, da hun selv har prøvd å informere kollegaer om dette kortet. En annen informant forteller at hun sjelden opplever pasienten som mottakelig for slik informasjon i akuttmottaket og mener dette bør tas tak i på post og ikke i akuttmottaket. Hun sier: *noen ganger hender det i mottak, i blant hender det ikke.* *jeg har opplevd det som svært sjelden at pasienten er mottakelig for å se en vei ut.*

En annen informant forteller om hvordan han opplever større trygghet hos pasienter som får god informasjon om behandlingsforløpet. Han trekker frem pasienter som blant annet skal til operasjon, der disse pasienten får forklart hele hendelsesforløpet, og hvordan det roer disse pasientene. Han forteller videre at han prøver, så lenge pasienten er mottakelig for informasjon, å fortelle om hva som skjer i akuttmottaket og hvorfor han gjør det. Informanten tilpasser informasjonen etter hvem han møter, slik at pasienten skal forstå det som blir sagt og selv få muligheten til å gjøre et bevisst valg.

5.1.4 Dekking av individuelle behov

Informantene opplever at de gjør så godt de kan, under de forutsetningene de har, for å imøtekomme disse pasientenes individuelle behov. De synes det er svært utfordrende å få dette til, da de ofte opplever dette som et tidkrevende mottak og de erfarer at de ikke har de ressursene som kreves for å kunne imøtekomme pasientene optimalt i akuttmottaket.

□□ det er utfordrende i et akuttmottak som Ahus hvor der er et så vannvittig stort arbeidspress og krav om å produsere hele tiden, man må finne en gyllen middelvei på hvordan man skal gjøre det der. Man kan ikke bli sittende i to timer på en stue fordi man skal bygge en allianse med intoks pasienten heller, samtidig som man må finne en middelvei, og jeg gjør det i så stor grad det er mulig. □

Det kommer også frem at det kan være avhengig av når på døgnet pasienten kommer inn i forhold til hvor mye tid man har til pasientene. Flere sier det ofte er noe bedre tid på natten enn blant annet på kveldstid i akuttmottaket. Det kommer også frem at det kan være avhengig av sykepleierens interesse og kompetanse av denne pasientgruppen, og når på døgnet pasienten kommer inn, i forhold til hvilken behandling pasientene får utover den faste medisinske prosedyren som er satt for å kunne stabilisere pasientene somatisk.

□Vi er forskjellige sykepleiere med forskjellige kvalifikasjoner og forskjellige strenger å spille på. □ så hvis de har behov for å prate, avhenger dette litt av når på døgnet og hvilken sykepleier som er der. □

På spørsmål om informantene opplever at dette er en pasientgruppe som kan bli neglisjert i akuttmottaket, er det noe varierende svar. En av informantene sier at hun opplever det som litt blandet. Hun tror ikke en oppegående pasient med et rusproblem prioriteres veldig høyt. Hun forteller også at hun gir dem det vanlige de trenger, men at hun ikke går nærmere inn på hvordan pasienten egentlig har det. Hun sier videre at hun ikke har opplevd direkte at disse pasientene ignoreres, men at hun noen ganger selv tenker:

□□ du får skylda deg selv, du har selv satt deg i denne situasjonen. Nå har du fått rene klær, du har fått vasket deg, du har fått mat. Jeg har sett dine grunnleggende behov, men ring ikke på for femtende gangen og spør om jeg har en røyk, for det er ikke aktuelt. □

Andre opplever at det er systemet som gjør det vanskelig å hjelpe pasienten. De erfarer at det kan være velvillighet både fra pasientene og sykepleierne, men at det ikke er noen muligheter for å gi de den hjelpen de ønsker og har behov for.

□□ min erfaring er at det er en pasientgruppe som blir litt sånn □ vet ikke jeg □ ikke neglisjert, men det er ikke alltid mulig å sette i gang de tiltakene man gjerne skulle sett burde vært

iverksatt. □ en pasient med intoks som er villig til å legge seg inn, men det passer ikke fordi det fredag ettermiddag og det er stengt. Så sender man pasienten ut igjen fordi han er somatisk avklart, men det er ikke iverksatt noe tiltak for det pasienten ønsker hjelp for. □

5.1.5 Frykt for egen sikkerhet

Når informantene får spørsmål på hva de tenker når de skal ta i mot en pasient med rusrelatert intoksikasjon svarer noen informanter at de er redd for utagering hos pasienten. Flere sier de har opplevd pasienter som har vært utagerende og aggressive, slik at de ønsker å ta forhåndsregler for å unngå at det samme skjer igjen. Dette gjør de ved å ha vektere tilstede eller som en □back-up□ når de skal ta i mot pasienter med intoksikasjon, spesielt om de får rapport fra ambulanspersonell om at pasienten har vært utagerende og/eller urolig i ambulansen. Ingen av informantene nevner at de selv har vært i noe håndgemeng med noen av disse pasientene tidligere, men de sier de har opplevd at noen kollegaer har blitt slått. Av den grunn ønsker de å være føre var når de skal ta i mot en pasient som er urolig og/eller utagerende.

□□ jeg prøver å undersøke litt bakgrunn om pasienten, om han har vært her før. Om han har vært aggressiv og sånn □ sånne ting er litt greit å forberede seg på og ta litt forhåndsregler, eventuelt ha vektere i nærheten. □

Det fortelles videre at det ikke er ofte de tar med seg vektene inn på rommet med en gang, men at de informerer vektene og ber de være like i nærheten om de trenger assistanse. Én sier: □□ jeg synes det er best å ikke ha dem her, jeg tror mange kan bli provosert av det. Så i første omgang prøver jeg å bare ha sykepleiere på rommet. □

5.2 Hva mener sykepleierne kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for denne pasientgruppen?

5.2.1 Mer tid og bedre ressurser

Samtlige informanter opplever, og presiserer gjentagende ganger under hele intervjuet, at det er et svært høyt arbeidspress og knapp tid, utover det nødvendigste, i akuttmottaket. Flere sier de erfarer at man til tider går på akkord med seg selv, da man noen ganger tar i mot pasienter

på observasjonsstuer, der det ligger flere andre, bare for å få tatt unna flest pasienter. Én nevner også at det har kommet tall fra ledelsen over hvor mange pasienter sykepleierne i snitt tar mot på en vakt, som fører til at han føler et ekstra press på å få tatt i mot flest mulig pasienter i løpet av en vakt.

□□ vi har vår tidsbegrensing, og nå har jeg fått høre at det er snakk om hvor mange pasienter vi må ta på hver vakt også. □

Informantene sier de prøver å gjøre det de kan for at pasientene i akuttmottaket skal få et bra møte med helsevesenet, men allikevel ser de at de ofte ikke får gjort særlig mer enn akkurat det nødvendige, bortsett fra noen ganger på nattevakter der de til tider opplever at det er roligere enn på dag og kveld. På nettene føler flere av informantene at de har bedre tid til pasientene og kan imøtekomme flere av pasientenes behov, særlig på områder der de føler de har nok kompetanse. En informant forteller: *□□ på natten har man mulighet til å kunne sitte inne hos de, bare være der. Og det virker jo som de setter pris på det. □* Informantene sier de skulle ønske de hadde bedre tid og mer ressurser i forhold til rus og psykiatri, men ingen gir uttrykk for å vite helt hvordan de skal kunne få til dette i praksis.

5.2.2 Mer kunnskap

Det kommer frem i intervjuene med informantene at det er liten grad av kunnskap og kompetanse, utover det somatiske, i møte med pasienter med intoksikasjon. Flere av informantene sier de føler seg for lite kompetente til å bevege seg inn på det psykiske plan og rusproblematikken hos pasientene.

□□ Vi har ikke så veldig stort fokus på psykiatriske pasienter i akuttmottaket. □ jeg tror mange tenker som meg, at det er noe som skal overlates til folk som er mer skikket til det, til noen som har psykiatrisk bakgrunn av noe slag. At de tar seg av den biten der. □

Det fortelles også at det er lite fokus på kompetanse til denne pasientgruppen fra ledelseshold. Informantene forteller at primærfokuset på fagdager og internundervisninger i all hovedsak dreier seg om somatiske lidelser og obligatoriske undervisninger som er satt som krav å gå igjennom når man jobber i et akuttmottak. Informanten som hadde mest kompetanse på rus og

psykiatri fortalte at hun selv hadde fått flere kurs fra avdelingen som omhandlet håndtering av pasienter med rus og psykiske problemer, der hun hadde forstått det slik at planen var at hun skulle undervise og veilede de andre sykepleierne i akuttmottaket om det hun hadde lært. Hun fortalte videre at hun flere ganger hadde foreslått til ledelsen at avdelingen burde ha en hel fagdager med fokus kun på rus og psykiatri, men at dette enda ikke hadde skjedd.

□□ det er veldig mye praktiske prosedyrer, MTU (medisinsk teknisk utstyr) og alt sånn vi skal igjennom først. Og da blir psykiatrien alltid skjøvet lenger og lenger bak i køen. □

Denne informanten opplevde at det ikke var noe fokus på rus og psykiatri problematikk i det hele tatt i akuttmottaket. Hun syntes dette var rart da en pasient med rusproblematikk kunne være like alvorlig som en pasient med brystsmerter i henhold til triage systemet, et system sykepleierne i avdelingen bruker for å gradere alvorlighetsgraden til alle pasientene som legges inn i akuttmottaket. Dette systemet skal være en sikkerhet for å kunne fange opp de alvorlige syke pasientene, uavhengig om det er en somatisk eller psykiatrisk lidelse pasienten kommer inn med. Videre forteller hun at hun opplever holdningene i akuttmottaket som dårlige, men at hun tror at dette ikke er bevisst, men at det handler om manglende bevisstgjøring som gjør at det blir en ubevisst forsvarsmekanisme da man har for lite kompetanse på området.

□□ jeg tror egentlig vi mangler litt refleksjon rundt det i fagmiljøet, eller fagdager. Etter min mening bør det være like mye fokus på pasienter med intoksikasjon. □ vi er veldig gode på trombolys- og brystsmerte pasienter, men psykiatri pasientene faller på en måte mellom to stoler, føler jeg. □

Flere informanter sier at de få gangene de har hatt om rus og psykiatriproblematikk på fagdager har de gjennomgått vergetrening, de opplever ikke at dette har vært direkte rettet mot pasienter med rusproblematikk, men at det er disse pasientene som oftest oppleves som utagerende i akuttmottaket. I den forbindelse nevner samtlige informanter vergekurset når de får spørsmål om det har vært eller om det er noe fokus på denne pasientgruppen på fagdager eller internundervisninger.

□□ frem til nå kan jeg ikke huske annet enn vergekurset, de som har vært på det. At det har vært dratt inn i noe fag, men det er ikke spisset mot intokspasienter, annet enn at det er der det gjerne kan skje. □ ellers er det ikke noe kjempefokus på disse pasientene. □

Når informantene får spørsmål om de føler et behov for mer fokus på økt kunnskap og kompetanse til denne pasientgruppen, svarer flere at de kunne tenke seg mer fokus for å kunne være mer beredt til å håndtere de bakenforliggende for intoksikasjonen. Samtidig sier flere at de ikke anser akuttmottaket som stedet for å gå mer i dybden på bakgrunnen for hvorfor pasienten kommer inn med intoksikasjon.

□□ det skulle nok økt tryggheten hos mange, men samtidig så syns jeg ikke at akuttmottaket skal være noen behandlingsenhet, ikke for noen pasientgrupper. □

De fleste informantene sier de ikke føler de har tid til å ta seg av den rusrelaterte og psykiske biten hos disse pasientene i akuttmottaket, mens én forteller at hun tror hvis sykepleierne hadde fått mer kompetanse på området kunne man følt seg tryggere i møte med denne pasientgruppen og bedret behandlingen. Hun sier videre at denne pasientgruppen trenger trygge, stødige og rolige mennesker rundt seg, men at noen pasienter kanskje ikke opplever dette i akuttmottaket da kompetansen og kunnskapen er for liten hos helsepersonell som møter de. En informant forteller: *□□ der vi er trygge, og i vårt kompetanseområdet, så gjør vi det vi kan for dem □ men man kunne kanskje økt det området litt. □*

Det kommer også frem at det ikke er en egen ressursgruppe i akuttmottaket for denne pasientgruppen, men samtlige av informantene sier at de vet om 2-3 sykepleiere som har videreutdanning innen psykiatri i avdelingen. Når disse spesialsykepleierne er på jobb benytter informantene seg av dem i situasjoner der de har behov for ekstra kompetanse på området.

5.2.3 Bedre behandlingsplaner

Samtlige informanter sier de opplever at det er en stor andel av pasienter som kommer inn med intoksikasjon i akuttmottaket. Og de erfarer, på tross av at det primært er et somatisk

akuttmottak, at det allikevel kommer inn mange pasienter med både rus- og psykiatriske lidelser, både hver for seg, men også pasienter som lider av med begge problemene samtidig.

□□ de fleste som jobber her (akuttmottaket), jobber her og ikke i psykiatrien. Men vi får jo uansett inn rus- og psykiatripasienter hit, i en eller annen form. ...da tenker jeg at når vi møter de så ofte, så må vi være gode på å møte de. □

Flere informanter gir uttrykk for fortvilelse over at flere i denne pasientgruppen kommer inn gjentagende ganger med samme problemstilling. Noen har opplevd at pasientene kommer inn flere ganger i løpet av en helg eller uke. Informantene forteller at de synes det skulle kunne legges en plan for pasienten første gangen han/hun blir innlagt på sykehuset og at noen kunne fanget de opp ved første innleggelse med intoksikasjon. Dette opplever de at ikke skjer.

□□ det må jo være noe steingærnt med systemet. □ det må være mer gunstig at pasienten får skikkelig hjelp første gangen han kommer inn, enn man at man skal bruke masse tid og ressurser på å hjelpe pasienten tre ganger i løpet av en helg, det må jo være med ressurskrevende?! □

Informantene opplever at det ligger noen begrensinger og ekspertise på det å kunne behandle denne pasientgruppen optimalt i forhold til deres behov, utover det somatiske. Flere tenker at det er legen sitt ansvar, og at det er de som kan gi pasienten den behandlingen de trenger, å få de videre på et mer egnet sted. På tross av dette opplever flere at dette ikke blir gjort og at behandlingsforløpet ikke er så godt som det burde være for denne pasientgruppen.

□□ man må i hvert fall vite hvilke muligheter som er for disse pasienten, og det tror jeg er litt underkommunisert, fordi jeg har jobbet her i fire-fem år og jeg har ikke god nok kunnskap om hvilke muligheter man har og hvem man kan spille på med disse pasientene. □

En informant fortalte også om at det hadde vært en sosionom tilstede i akuttmottaket som prøveprosjekt for en tid tilbake. Dette opplevde informantene som nyttig da man da hele tiden hadde en person med mer kompetanse tilgjengelig. Informantene sier at denne ordningen ble fjernet uten å vite hvorfor, og at det ikke har vært noe lignende tiltak etter dette.

5.3 Hvordan mener sykepleierne de kan bruke samhandling og individuell plan for å bedre kvaliteten på helsetjenesten til denne pasientgruppen?

5.3.1 Lite kunnskap om samhandling og individuell plan (IP)

Ingen av informantene sa de hadde særlig kjennskap til begrepet samhandling eller uttrykte å ha særlig kjennskap til samhandlingsreformen i sin praksis. På tross av dette fortalte samtlige informanter at de savnet et klarere forhold til hvilke instanser de kunne kontakte for å bedre behandlingen til denne pasientgruppen. Flere sa de selv hadde lite kunnskap og at det ikke hadde blitt informert fra ledelsen om hvordan man skulle gå frem når pasienten ønsket videre behandling, annet enn at de ble innlagt Akutt24 eller en annen avdeling. Informantene sa de gikk ut ifra at det var avdelingene pasienten kom på som startet opp det videre behandlingsforløpet på sykehuset. De fortalte også at de regnet med at det er avdelingene som kontakter aktuelle instanser utenfor sykehuset. Videre fortalte flere at de ikke anså samhandlingsreformen som aktuell i deres arbeidshverdag og at dette ikke var noe som engasjerte de særlig, da de forsto samhandlingsreformen som noe man jobbet med på vanlige sengeposter og at de trodde det primært gjaldt eldre mennesker som hadde behov for sykehjemsplass eller hjemmesykepleie. De fortalte også at det heller ikke hadde vært noe fokus på samhandlingsreformen fra ledelseshold i forbindelse med mottak av denne pasientgruppen.

Det ble fortalt at det ikke var noe rutine på å kartlegge om pasienten hadde noe kontakter i kommunene fra tidligere, eller om pasienten ønsket dette fremover. Flere anså dette som et legeansvar, og gikk ut ifra at legene tok dette videre med de det måtte gjelde, men om det faktisk skjedde var flere informanter usikre på. En av informantene fortalte også at det var store uenigheter i avdelingen hvor mye man skulle skrive i sykepleieinnkomsten i akuttmottaket grunnet tidsbruken.

Det var heller ingen særlig kjennskap til IP blant informantene, og det hadde heller aldri vært noe tema å bruke dette i akuttmottaket. Flere blandet også IP med behandlingsplaner, som noen har brukt når de har jobbet på vanlig sengepost tidligere. Når intervjueren forklarer kort hva IP er, sier flere at de ikke synes det virker aktuelt for akuttmottaket, samtidig som noen

sier de tenker at et mer klarere behandlingsforløp/prosedyre kunne forenklet mottaket av disse pasientene. Både for pasienten selv, men også for sykepleierne.

□□ jeg tror i hovedsak det (IP) ikke er noe for akuttmottaket, men mer for akutt24. Det blir for tidkrevende i et akuttmottak. □ men jeg tror absolutt en mal for hvordan man går frem og hvem man skal kontakte hadde vært gunstig. □ jeg tror allikevel ikke man skal drive å nøste for mye opp i ting i akuttmottaket. □

Tiden kommer igjen opp som en av grunnene på hvorfor informantene ikke anser dette som aktuelt. På tross av dette sier flere at de tror man må ta tak i problemet til pasienten med en gang og ved første innleggelse, de sier samtidig at de ikke vet hvilke muligheter man har for denne pasientgruppen til å kunne gjøre nettopp det.

5.3.2 Sykepleiernes ulike erfaringer med samhandling

Selv om de fleste informantene hadde lite kjennskap til begrepet samhandling og samhandlingsreformen, synes flere at det kunne vært greit å ha en forståelse for hvilke tilbud som finnes både internt og eksternt. Flere informanter gir uttrykk for frustrasjon over at så mange av denne pasientgruppen kommer tilbake kort tid etter utskrivelse med samme problemstilling, og de trekker frem manglende tiltak ute i kommunen som en mulig årsak til dette, uten å si hva de trodde utfordringen rundt dette kunne være.

□□ pasienten sendes raskere hjem fra avdelingene, til et apparat som ser ut til å ikke fungere, da de (pasientene) kommer tilbake samme dag eller dagen etterpå med samme problem. De oppleves som litt svingdørpasienter. □

Flere fortalte også at pasientene ofte blir liggende lenge i akuttmottaket, etter at de stabile medisinsk eller somatisk avklart, fordi ingen helt vet hvor de skal videre og flere avdelinger på sykehuset mener også at det ikke er deres ansvarsområde. Dette opplever informantene som svært utfordrende, da de erfarer at verken de eller de medisinske legene har særlig gjennomslagskraft for å få pasienten videre på rus□eller psykiatrisk avdeling, om pasientene ikke legges inn under tvang. Det var flere som ga uttrykk for at de ønsket en enklere kontaktvei til blant annet mer kyndig hjelp som psykiatere, psykiatriske sykepleiere eller

andre som har mer kompetanse i forhold til denne pasientgruppen. Én fortalte hun opplever at sykepleiere i akuttmottaket kan merke om pasienten vil prate, men at de ikke har den brede erfaringen som kreves for å håndtere slike pasienter i et somatisk akuttmottak.

□Vi kan fange opp det, kan håndtere det initialt. Men jeg skulle ønske at det kunne komme noen fra psykiatrien å prate med de. Fange de opp direkte. Ikke legge de inn på Akutt24 i påvente av psykiatrisk tilsyn i morgen□ □

En annen informant underbygger dette ved å si:

□Jeg føler at vi i akuttmottaket tar oss av det akutte, det medisinske. □ og når det går på det psykiske trenger vi personell som har kompetanse på nettopp det. □ ofte lar det vente på seg.□

Alle informantene fikk et avsluttende spørsmål på hvordan de så for seg et optimalt behandlingsforløp for denne pasientgruppen kunne se ut. Flere uttrykte en usikkerhet på hvordan de kunne se for seg nettopp dette, men når de fikk tenkt litt kom det etter hvert frem at de skulle ønske at de hadde bedre kjennskap til hvem de skulle kontakte, samt at de ønsket et tettere samarbeid med psykiatrien og andre instanser som har kompetanse på område. En informant fortalte at han skulle ønske det fantes et lignende samarbeid som det medisinere og kirurger har i akuttmottaket. Han fortalte at disse legene er tilstede til enhver tid, og når en ortopedisk pasient trenger tilsyn fra en medisinere eller omvendt, så skjer dette i akuttmottaket. Informanten mente et slik samarbeid med psykiatrien kunne vært med og bedret behandlingen av denne pasientgruppen.

□Jeg tenker at akuttmottaket burde være det enkleste stedet for å få en legevurdering. □ her kunne man fått en legevurdering mer initialt. At pasienten får et psykiatrisk tilsyn allerede i mottak, slik at det blir lagt en behandlingsplan med en gang.□

En annen informant, som tidligere hadde jobbet i psykiatrien, trakk frem et godt eksempel da hun fikk spørsmål om hvordan et optimalt behandlingsforløp for denne pasientgruppen kunne se ut. Hun fortalte om et akutteam fra en psykiatrisk avdelingen som jobbet ambulerende mot sykehusene og mot pasienter som nylig var blitt utskrevet fra sykehus med intoksikasjon. Dette teamet fikk informasjon om pasienter som var blitt innlagt med intoksikasjon på

sykehuset og hadde et apparat klart etter utskrivelse, dersom pasienten ønsket dette. Dette teamet besøkte også pasienten på sykehuset på helg, kveld og natt, og lagde en plan med pasienten, da sykehusets eget psykiatriske team kun jobbet på dagtid. Informanten opplevde at dette fungerte veldig bra, da pasientene ikke *«bare ble sluppet ut i løse luften»* etter utskrivelse, men hvor teamet fungerte som et støtteapparat for pasienten, da de enten hentet pasientene hjemme eller ringte pasientene for å høre hvordan det gikk med de etter utskrivelse. Pasientene fikk også et telefonnummer de kunne ringe hele døgnet når de følte behov for å snakke med noen.

6 Diskusjon

Akershus universitetssykehus (Ahus) har landets største akuttmottak med ca. 52 000 innleggelser årlig, hvor pasienter med intoksikasjon utgjør ca. 450 av disse innleggelsene. Denne studien belyser noen av de utfordringene sykepleiere opplever og erfarer når de møter pasienter med rusrelatert intoksikasjon, samt utfordringer knyttet til hva sykepleiere mener må til for å bedre behandlingen til disse pasientene i akuttmottaket. Disse utfordringene vil jeg diskutere opp mot aktuell teori og forskning i kapitlene under.

6.1 Utfordringer knyttet til møtet med pasienter med rusproblematikk

Akuttmottaket på Ahus er primært en somatisk avdeling og informantene i denne studien forteller om hvordan de opplever de somatiske lidelsene som de mest interessante, hvor blant annet traumer og brystmerter kommer frem som noen av de sykdommene sykepleierne trives best med. Det viser seg også at det er der de fleste informantene opplever å ha mest kompetanse og kunnskap, utenom en informant som hadde mye erfaring og god kompetanse om denne pasientgruppen fra tidligere. Alle informantene forteller at det en generell mangel på kompetanse til pasienter med rusproblematikk, noe som kan føre til at møte med disse pasientene føles krevende og utfordrende. Happell og Taylor (2001) viser i sin forskningsartikkel hvordan økt kunnskap kan være med å fremme positive holdninger til dem det gjelder og bedre behandlingen til denne pasientgruppen. Artikkelen skriver også hvordan manglende kompetanse kan føre til at helsepersonell lettere neglisjerer og unngår de bakenforliggende årsakene til en lidelse når de ikke føler de har kompetanse nok til å ta tak i disse problemene. Det kommer frem blant samtlige av informantene i denne studien at det ikke er særlig fokus på kunnskap og kompetanse til denne pasientgruppen i akuttmottaket. Fagdage og internundervisningen som blir holdt i avdelingen handler i hovedsak om somatiske lidelser og hvordan sykepleiere skal behandle disse. Denne studien viser at det blir undervist svært lite om hvordan sykepleiere skal kunne behandle de rusrelaterte og psykiske problemene hos pasienter som trenger dette. En informant sier at hun føler rus- og psykiatriopplæringen hele tiden blir skjøvet til side fordi avdelingen har ulike obligatoriske undervisninger/opplæringer sykepleierne må igjennom for å kunne jobbe i et akuttmottak, der rus- og psykiatriopplæring ikke er en del av den obligatoriske undervisningen. Happell og Taylor (2001) understreker i sin studie hvordan knappe ressurser gjør at man i helsevesenet

må prioritere det man synes er mest nødvendig og hvordan temaer en avdeling ikke finner like aktuell blir nedprioritert. Den eneste undervisningen denne studien viser informantene har fått i forhold til denne pasientgruppen er i vergetrening. Det understrekes av informantene at vergetreningen ikke primært var rettet kun mot pasienter med intoksikasjon, men at det er denne pasientgruppen de oftest opplever som utagerende.

Denne studien forteller også noe om hvordan sykepleierne, som ble intervjuet, opplever en frykt for egen sikkerhet i møte med disse pasientene. Det er påvist gjennom flere studier at det er en tendens til aggresjon blant pasienter som kommer inn med rusproblematikk i akuttmottak (Ferns & Cork, 2008; James et al., 2006). Andresen og Lossuis (2012) skriver i sin håndbok i rusbehandling om hvordan en hjelpetrengende pasienten med rusproblematikk kan virke krevende, utagerende og lite motivert, men også sårbar og imøtekommende. Dette er reaksjoner og uttrykk som ofte forsterkes under påvirkning av rus. De skriver videre at om man som helsepersonell likevel våger å tilby profesjonell behandling, og dermed bekrefte ham eller hennes menneskeverd, kan man oppleve at pasientene reiser seg og opplever mestring i sin ellers fortvilte situasjon (Andresen & Lossius, 2012; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). På bakgrunn av dette kan det tyde på at om sykepleiere i akuttmottak hadde fått den nødvendige opplæringen som kreves for å håndtere denne pasientgruppen, ville de kunne følt seg tryggere i situasjoner de nå opplever som skremmende (Andresen & Lossius, 2012; James et al., 2006).

Flere artikler, lærebøker og stortingsmeldinger forteller hvordan mennesker med rusproblematikk ofte blir sett på som mindreverdige av andre i samfunnet, og at de på bakgrunn av dette kan oppleve at andre har forutinntatte og negative holdninger til dem (Andresen & Lossius, 2012; Biong & Ytrehus, 2012; Helsedirektoratet, 2012A; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Gjennom denne studien kan det tyde på at man finner noen av disse fordommene og negative holdningene også hos helsepersonell. Selv om informantene generelt sier de har gode holdninger ovenfor pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon, kommer det likevel frem at denne pasientgruppen ikke er særlig høyt prioritert eller anses å være en særlig spennende pasientgruppe å ta i mot blant informantene. Informanten med mest kunnskap og kompetanse var den eneste som sa hun likte å jobbe med denne pasientgruppen, men også hun påpekte den ellers lave interessen for denne pasientgruppen i akuttmottaket. Informantene i studien forteller om hvordan de stabiliserer disse pasientene medisinsk etter prosedyre, men i forhold til å ta vare på rus- og psykiatriproblematikken til disse pasientene,

viser denne studien at dette er noe som ofte kan bli utelatt i akuttmottaket. Kelleher og Cotter (2009) påpeker i sin studie hvordan helsepersonells kompetanse og holdninger kan være avgjørende i forhold til om man klarer å ivareta pasientens verdighet eller om man er med på å forsterke den skammen og uverdigheten som pasienter med rusproblematikk ofte opplever ellers i samfunnet. Dette støttes oppunder av andre studier som viser at for lite fokus på undervisning og manglende kompetanse hos helsepersonell kan være årsaken til negative holdninger i møte med denne pasientgruppen (Happell & Taylor, 2001; Kelleher & Cotter, 2009; Richmond & Foster, 2003). En informant i studien forteller også om hvordan hun bevisst møter disse pasientene med mer avstand og mindre empati enn hun gjør til andre pasienter, fordi hun føler at det kan hjelpe disse pasientene å ikke vise *«sympati i forhold til det de har gjort»*. Gjennom flere stortingsmeldinger og lovverk påpekes viktigheten ved at alle pasienter har rett på å bli behandlet med empati og respekt i sitt møte med helsevesenet (Folkehelseloven, 2012; Meld. St.16 (2011-2015) 2011; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; Specialisthelsetjenesteloven, 1999). Som fagperson må man sette sine holdninger og synspunkter til side og utøve sin praksis profesjonelt, og gjennom sykepleieres egne yrkesetiske retningslinjer (2011) har de også en plikt til å utøve sin sykepleie med empati og omsorg, der pasientens verdighet ikke skal krenkes gjennom sykepleieres handlinger. Hvis helsepersonell går inn i et pasientmøte med en forutinntatt holdning om at lidelsen pasienten kommer inn med er selvforskyldt og av den grunn viser mindre empati og omsorg kan det være med å bidra til at disse pasientene ikke får den riktige hjelpen og behandlingen de har krav på (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Denne studien belyser hvordan informantene opplever at det er generelle gode holdninger blant de, men samtidig kommer det frem at de kan oppleve denne pasientgruppen som et *«ørk»* å ta i mot. Gjennom en studie gjort av Howard og Holmshaw (2010) kommer det frem at generelle gode holdninger bør underbygges og fremheves i avdelingen, slik at det hele tiden kan jobbes for å opprettholde de gode holdningene selv om det kommer inn pasienter som kan være mer krevende enn andre. På bakgrunn av dette kan det vise seg at manglende refleksjon og fokus på holdningsfremmende arbeid i avdelingen kan være grunner til at sykepleierne ikke er seg selv bevisst på hvordan sine egne holdninger kan påvirke møte med disse pasientene. Myndighetene i Norge påpeker også viktigheten med å jobbe med holdningsskapende arbeid og refleksjon rundt egen praksis for å kunne minske de negative holdningene blant helsepersonell og bidra til å bedre behandlingen av denne pasientgruppen (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007)

Tidligere forskning viser at mange pasienter med rusproblematikk også har en psykiatrisk tilleggdiagnose (Gråwe & Ruud, 2006; Weaver et al., 2003). Dette er komplekse pasienter, som ofte har flere bakenforliggende årsaker til rusintoksikasjonen (Fekjær, 2009; Helsedirektoratet, 2012A). Denne studien belyser en hverdag som gjør det utfordrende for sykepleierne å gå inn på de bakenforliggende årsakene for intoksikasjonen pasientene kommer inn med. Liten tid og knappe ressurser kommer frem som grunner til at helsepersonell hele tiden må jobbe mer effektivt og få unna mer arbeid på kort tid, som igjen kan gå utover de faktiske behandlingsbehovene pasientene har, utenom selve intoksikasjonen. Det kommer også frem fra en informant at det er gjort utregninger av ledelsen på hvor mange pasienter hver enkelt sykepleier tar i mot gjennomsnittlig i løpet av en vakt, noe som får sykepleierne til å føle et ekstra press i sin arbeidshverdag. Informantene sier det ikke er klare retningslinjer på hvor mange pasienter sykepleierne i akuttmottaket på Ahus skal ta i mot i løpet av en vakt, men at utregningen som er gjort er et antall ledelsen synes er for lite per sykepleier. Studien viser at mottakene som oppleves som de enkleste er mottakene som tar kortest tid og som det er helt klare prosedyrer på, som for eksempel pasienter med brystmerter. Behandlingsforløpet til blant annet pasienter med brystmerter er så innarbeidet at sykepleierne raskere kan ta i mot en ny pasient, i motsetning til når de tar i mot pasienter med intoksikasjon, som informantene i denne studien opplever som svært ressurs- og tidkrevende. Som nevnt tidligere har denne pasientgruppen gjerne flere og mer komplekse problemer enn andre pasientgrupper som gjør at de kanskje krever mer tid og ressurser enn andre (Andresen & Lossius, 2012), allikevel er det en pasientgruppe som kommer inn i akuttmottaket på Ahus. Det gjør at akuttmottaket må ha en beredskap som gjør at denne pasientgruppen kan få den behandlingen de har krav på i henhold til de retningslinjene som er satt gjennom stortingsmeldinger og lovverk (Helsedirektoratet, 2012A; Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009).

Denne studien viser hvordan informantene som er intervjuet ofte ser at pasienter som kommer inn med intoksikasjon kan ha behov for å snakke, men at dette allikevel sjelden blir gjort i akuttmottaket. Knapp tid er igjen en stor utfordring informantene erfarer når det kommer til dette behovet hos pasientene. Samtlige informanter påpeker at de føler de må ha tid til å avslutte en samtale om de først går inn på den og de vil ikke åpne for noe de opplever de ikke har tid til å avslutte. Redsel for at de kan forverre pasientens situasjon ved å si noe feil ved å starte en slik samtale er også et element som kommer frem i denne studien. Ved å unnlate å imøtekomme slike behov vil det kunne føre til at disse pasienten ikke får en helhetlig og

individuell behandling som de har krav på i henhold til både rusreformen (2004) og spesialisthelsetjenesteloven (1999). I henhold til strategier fra regjeringen skal helseforetakene sørge for at pasientene blir tilbudt en god helsetjeneste gjennom blant annet å tilpasse behandlingen pasientens behov. Når tid og knappe ressurser blir styrende for arbeidshverdagen kan det bli vanskelig for sykepleierne å imøtekomme de individuelle behovene pasientene har, som kan føre til at pasientene ikke får den behandlingen de egentlig har krav på (Helsedepartementet, 2013; Ørstavik, 2011).

Kari Martinsen (2005) forteller gjennom sin omsorgsfilosofi at sykepleiere må få den riktige undervisningen som kan gjøre at de tør å stå i vanskelig situasjoner og på den måten oppnå en god relasjon med pasientene. Hun forteller videre at så lenge man opptrer profesjonelt og imøtekommer pasientene med respekt og forståelse, er det sjelden man kan si noe som kan forverre pasientens situasjon (Martinsen, 2005). En av informantene i denne studien, som hadde god kompetanse på rus- og psykiatri fra tidligere, bekrefter gjennom sine fortellinger hvor viktig det er at man som helsepersonell er direkte med pasientene. Ved å tørre å spørre pasientene direkte om hvorfor de har gjort som de har gjort, så har denne informanten opplevd at pasientene har åpnet seg og svart svært ærlig på disse spørsmålene. Martinsen (2005) sier at når man går inn i en samtale med troen på at endring kan skje, bidrar dette til at pasientene føler seg sett og anerkjent som igjen kan styrke deres følelse av verdighet. Sykepleieren med mest erfaring i denne studien forteller om opplevelser som belyser hvordan pasientene føler seg lettet og forstått med en slik tilnærming fra sykepleiere.

En annen utfordring som kommer frem i denne studien er hvilken informasjon sykepleiere i akuttmottaket gir pasienter med rusrelatert intoksikasjon. Pasienter med rusproblematikk har ofte lite ressurser som kan føre til at de har vanskeligheter med å tilegne seg informasjon om både behandlingsforløp og hvilke rettigheter de har krav på i helsetjenesten (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Ørstavik (2011) påpeker gjennom Likestilling- og diskrimineringsombudet viktigheten med at pasienter med særskilte behov må få tilrettelagt og god informasjon, da de ofte ikke klarer å tilegne seg den nødvendige kunnskapen de trenger på egen hånd. De understreker også at helsepersonell må påse at pasientene har forstått den informasjonen som blir gitt. I denne studien viser det seg at det ikke finnes noen rutiner i avdelingen for hvilken informasjon som gis til pasienter med rusproblematikk i akuttmottaket. Flere informanter sier de heller ikke vet hvilke hjelpetilbud som finnes og samtlige sier de heller ikke vet hvilke rettigheter pasientene har, av den grunn gis det heller

ikke noe informasjon til pasientene om dette. Ved at pasientene ikke får nødvendig informasjon som kan være med å styrke pasientens medbestemmelse i eget pasientforløp svekker man behandlingen i henhold til de retningslinjene regjeringen har satt for brukervedvirkning (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011; St meld. nr. 25 (1996-1997) 1996; St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Det virker allikevel ikke til at avdelingen har særlig fokus på brukervedvirkning, da det er få informanter som har særlig kjennskap til brukervedvirkning og hvordan man skal gå frem i forhold til dette. Gjennom det som kommer frem i denne studien kan det virke som behandlingen pasienten får, utover det somatiske, er svært varierende i forhold til hvilken sykepleier som tar i mot pasienten og ut i fra hvilken tid på døgnet pasienten kommer inn. Det støttes også gjennom både Likestilling□ og diskrimineringsombudet og gjennom behandlingsstrategier for rusbehandling at så lenge det ikke finnes faste behandlingsformer, heller ikke undervisning i avdelingen for hvordan og hvilken informasjon sykepleierne skal gi, vil det bli forskjeller i forhold til hvordan hver enkelt sykepleier tar i mot pasientene, utover den medisinske prosedyren (Gabrielsen, 2004; Ørstavik, 2011).

6.2 Hva mener sykepleierne kan gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester for denne pasientgruppen, sett i lys av retningslinjer for individuell plan (IP) og samhandling?

De regionale helseforetakene har et ansvar for å sørge for at pasientene deres blir tilbudt en likeverdig helsetjeneste, men dette krever en solid ledelsesforankring for å kunne fungere i praksis (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007). Likeverdige helsetjenester er også et sentralt politisk mål i Norge og inngår som plikt i norsk lovgiving (Ørstavik, 2011). På tross av dette viser denne studien at likeverdige helsetjenester ikke er et kjent begrep blant sykepleierne som ble intervjuet. Flere av informantene forteller om hvordan de tenker at det å jobbe likeverdig, betyr å jobbe likt, og forteller videre om hvordan de prøver å behandle alle på denne måten innenfor de rammer og betingelser de har tilgjengelig. Likevel kommer det frem at noen av informantene prøver å imøtekomme pasientens individuelle behov, samtidig viser det seg at det er forskjeller på hva informantene mener ligger i begrepet individuelle behov. Tidsaspektet kommer igjen opp som en utfordring under dette temaet i studien. Knapp tid og lite ressurser virker å være styrende for arbeidshverdagen til sykepleierne i denne studien, der det ofte handler om å få unna flest mulig pasienter i løpet av en vakt grunnet det store pasienttrykket i akuttmottaket. Informantene i studien forteller om hvordan de jobber så godt

de kan etter de ressursene de har, men at de opplever at dette ikke bestandig er nok for å kunne gi pasientene den mest optimale behandlingen de kanskje burde fått med tanke på deres bakenforliggende årsak til innleggelsen.

Myndighetene ønsker at behandlingen til pasienter med rusproblematikk skal være satt i et system som kan forenkle arbeidet og gjøre at alle har en bestemt retningsgivende prosedyre å følge (Meld. St. 30 (2011-2012) 2011). Denne studien viser at det ikke finnes en klar behandlingsplan til pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon i forhold til deres rus- og psykiatriske lidelse, utenom den medisinske prosedyren sykepleiere må følge for å stabilisere pasientene. Det kommer også frem i studien at det er uklare ansvarsforhold, der informantene i studien mener det er psykiatrien eller andre avdelinger på sykehuset som skal ta seg av den bakenforliggende årsaken til hvorfor pasienten kommer inn med intoksikasjon, samtidig som de sier at psykiatrien ikke vil ta i mot pasienten før de er somatisk avklart. I henhold til føringer som er gitt gjennom samhandlingsreformen (2009) og stortingsmelding nr. 30 (2011) kan dette tyde på at pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon kan måtte vente en stund før de får hjelp i forhold til sin rus- og psykiske lidelse, dersom ingen starter opp dette arbeidet allerede i akuttmottaket. Helsedirektoratet (2012A) påpeker at uenighet om ansvarsforhold kan føre til at pasientene får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende. Stoltenbergutvalget (2010) fremhever videre i sin rapport at det må iverksettes en helhetlig og felles strategi på systemnivå for å fremme den kontinuiteten i behandlingen som denne pasientgruppen har krav på. Videre skriver de at selv om ansvaret plasseres ett sted vil andre instanser også ha et ansvar for å behandle denne pasientgruppen, og det skal alltid etableres forpliktende samarbeid (Stoltenberg, 2010).

Når samhandlingsreformen (2009) trådte i kraft i 2012 inngikk Ahus flere samarbeidsavtaler med kommunehelsetjenesten på et overordnet nivå. Disse avtalene omhandler de ulike ansvarsforholdene kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har, samt at de blant annet påpeker viktigheten av å jobbe med helsefremmende og forebyggende arbeid, brukermedvirkning og IP (Ahus, 2012b, 2012c). På tross av disse avtalene kommer det frem i studien at ingen av disse elementene er implementert i akuttmottaket sin praksis eller har særlig fokus fra sykepleierne som ble intervjuet. Både samhandlingsreformen (2009) og rusreformen (2004) beskriver hvordan pasienter med behov for langvarig og koordinerte tjenester skal få opprettet en IP ved første møte med helsetjenesten, men det viser seg at informantene ikke hadde særlig kjennskap til verken samhandlingsreformen eller IP av

informantene intervjuet i denne studien. Det kommer også frem at sykepleierne som ble intervjuet er usikre på om akuttmottaket er det rette stedet å opprette en slik plan, dette til tross for at Helsedirektoratet sine retningslinjer (2012A) slår fast at instansen som først kommer i kontakt med pasienter med rus- og psykiatriske lidelser skal opprette en IP for, og sammen med pasienten. Iverksetting av IP sier Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012A, 2012B) og føringene i stortingsmelding nr. 30 (2011) må til for at tjenestene skal henge bedre sammen og bygges tettere opp rundt den som trenger hjelp. Når det kommer frem i studien at akuttmottaket ikke har særlig fokus på samhandling og samhandlingsreformen, og at informantene ikke har særlig kjennskap til andre samarbeidsinstanser, blir det vanskelig for akuttmottaket å følge retningslinjene som er satt fra regjeringen sin side. Skal man kunne sikre et godt behandlingsforløp for pasientene er man, i følge samhandlingsreformen (2009), avhengig av at helsepersonell har kjennskap til hvem man skal samarbeide med, og deretter sette klare mål mellom seg og de instansene pasienten trenger i sitt behandlingsforløp. Gjennom samhandlingsreformen (2009) er det også et økt fokus på forebyggende helsearbeid, hvor regjeringen legger vekt på tidlig innsats og tidlig iverksetting av tiltak for å kunne jobbe forebyggende til pasienter med rusproblematikk (Departementene, 2009; St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Regjeringen understreker videre at det forebyggende arbeidet krever et godt tverrsektorielt samarbeid og forpliktende involvering fra de instansene det måtte gjelde for at pasienten skal få best mulig behandling, med minst mulig behandlingsbrudd (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009). Allikevel viser denne studien at det ikke er noe system for å iverksette tiltak eller kontakte andre instanser allerede i akuttmottaket. Hvis ingen kartlegger pasientens behov tidlig nok, kan dette ifølge Stoltenbergutvalget (2010) føre til at pasienter med rusproblematikk faller mellom to stoler og ikke får den samhandlende hjelpen og behandlingen de har krav på. Denne studien viser også at informantene opplever å få flere av de samme pasientene inn gjentagende ganger med samme diagnose, som kan tyde på at pasienten enten ikke har vært i noe behandlingsforløp, eller at det er et brudd i en allerede oppstartet behandling (Gabrielsen, 2004). Informantene i studien uttrykker frustrasjon over gjengangerne og flere sier de tenker at det må være noe galt med systemet siden de opplever at ingen fanger opp disse pasientene. Informantene i denne studien gir uttrykk for at de ikke eksplisitt tenker at det er de som kan fange de opp, men at de mener det er andre avdelinger på sykehuset og andre instanser ute i kommunene som må iverksette tiltak for denne pasientgruppen. På tross av dette sier flere underveis i intervjuene at de skulle ønske det var en bedre og mer retningsgivende behandlingsplan og lettere tilgjengelighet til rus- og psykiatribehandlere for denne pasientgruppen i akuttmottaket, men flere var usikre på

hvordan en slik plan kunne se ut. Det var i hovedsak informanten med mest kompetanse på området som kom med et forslag til hvordan et behandlingsforløp kunne se ut, basert på tidligere erfaringer med denne pasientgruppen. Grunnen til at få informanter kom på forslag til dette, kan komme av at de fleste av de som ble intervjuet i studien har for lite kunnskap og kompetanse både til samhandlingsreformen og til pasienter med rusproblematikk. Tidligere forskning forteller hvor viktig det er at helsepersonell har god nok kompetanse til å gjenkjenne rus- og psykiatriproblematikk hos pasienter som legges inn, for å kunne avdekke og vurdere behov for videre behandling hos denne pasientgruppen (Happell & Taylor, 2001; Kelleher & Cotter, 2009). I tillegg kreves det, i følge Gabrielsens (2004) strategier for en bedre rusbehandling, en klar struktur og klare rammer i avdelingen. Det er viktig at helsepersonell i akuttmottak forstår at selv om de ikke kan endre hele pasientens livssituasjon, kan man starte en prosess allerede i akuttmottaket som kan være med å bidra til et mer helhetlig behandlingsforløp for disse pasientene (Gabrielsen, 2004). Samhandlingsreformen (2009) presiserer viktigheten av at helsepersonell og helseforetak forstår at det må samhandlingen til i *alle* tjenester for å kunne få til et godt behandlingsforløp for denne pasientgruppen, og at hver del har en betydning for å kunne skape en helhetlig behandlingstjeneste for disse pasientene.

6.3 Styrker og svakheter ved metoden

Funn og resultater som er fremlagt i denne oppgaven er så langt som mulig innhentet og systematisert på en måte som dagens vitenskapelige kultur kjenner og anerkjenner (Malterud, 2011). Nedenfor følger en diskusjon av metodens styrker og svakheter.

6.4 Validitet

Formålet med kvalitativ forskning er å utvikle forståelse, og det er essensielt at slutningene man trekker er grundig drøftet i lys av ulike kriterier for validitet for å kunne sikre studiens troverdighet, tolkningens bekreftbarhet og overførbarhet (Maxwell, 1992). Validering foregår når forskeren kontrollerer egne tolkninger ved å ha et kritisk fokus på dem og klargjør egne perspektiver. I denne metodediskusjonen er validitetsforståelsen til Maxwell (1992) benyttet. Han skiller mellom tre typer forståelse; beskrivende, fortolkende og teoretisk forståelse. Ut i fra dette deler han validitet inn i tre kategorier på ulike nivåer, beskrivende validitet,

fortolkingsvaliditet og teoretisk validitet. Videre beskriver han generaliserings- og evalueringsvaliditet (Maxwell, 1992). Jeg vil i min diskusjon knytte studien opp mot de tre kategoriene for validitet, samt generaliserbarhet, da det er dette som er vesentlig for min studie.

6.4.1 Beskrivende validitet

Beskrivende validitet dreier seg om påliteligheten til gjengivelsen av data som forskeren har samlet inn (Maxwell, 1992). Det skal etterstribes å være en upartisk referent som sjekker sine gjengivelser direkte opp mot data som er samlet inn. I denne fasen skal man i all hovedsak fokusere på hvilke spørsmål man velger å stille og de observasjoner som gjøres under intervjusituasjonen (Maxwell, 1992). I denne studien ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide som var utarbeidet på forhånd ved hjelp av egne erfaringer fra akuttmottak og aktuell teori, samt at intervjuguiden ble testet gjennom å utføre tre pilotintervju av sykepleiere på Akutt24 (observasjonsenheten ved akuttmedisinsk avdeling). Det har vært viktig for meg å prøve å unngå at egne erfaringer, verdier eller teorier fargelegger beskrivelsene. Allikevel virket det som det var en trygghet for informantene at jeg kjente de på forhånd og ved å starte hvert intervju med et generelt spørsmål, om hvordan et vanlig pasientmottak foregår, virket det som det trygget deltagerne for spørsmålene som kom videre. Underveis i intervjuene var jeg bevisst på å ikke styre intervjuet etter den informasjon jeg hadde forventninger om å få, men heller gi informantene tid og mulighet til å fortelle utfyllende om sine erfaringer og opplevelser om tema. På denne måten fikk jeg mest mulig informasjon til å kunne danne meg et godt helhetsbilde av det som ble fortalt. I denne oppgaven har jeg hele tiden vært bevisst på å være transparent gjennom hele arbeidet, og jeg har fokusert på å vise egne tanker rundt hele prosessen. I denne oppgaven har jeg benyttet meg av en kvalitativ fenomenologisk metode, hvor jeg selv har transkribert intervjuene, og jeg har under hele transkriberingen forsikret meg om at alle lydopptakene er skrevet av ordrett. På denne måten har jeg kunnet være tro mot det informantene fortalte. Allikevel er det svært vanskelig å gjenskape hele intervjusituasjonen i sin helhet, og i følge Kvale og Brinkmann (2009) er det selv med den mest nøyaktige transkripsjonen kun med på å gi et avgrenset bilde av det man studerer. For å sikre at arbeidet med studien er gjort tilfredsstillende og at viktige funn allikevel ikke er oversett har det gjennom hele arbeidet med oppgaven vært en god dialog med veiledere, slik at oppgaven har blitt tilsett av flere enn bare meg selv underveis i skrivingen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

6.4.2 Fortolkningsvaliditet

Fortolkningsvaliditet refererer til gyldigheten av tolkningen av informantenes forståelse (Maxwell, 1992). Målet med studien var å få frem sykepleiernes erfaringer og opplevelser rundt første møte med pasienter med rusrelatert intoksikasjon og hva som kunne gjøres for å sikre mer likeverdige helsetjenester til denne pasientgruppen, sett i lys av retningslinjer for individuell plan og samhandling. Maxwell (1992) skriver at en trussel mot fortolkningsvaliditet kan være at informantene ikke opptrer oppriktig i forhold til hva de ønsker å formidle. Manglende tiltro til intervjueren eller at man ønsker å fremstå på en måte som man tror er ønskelig kan være med å bidra til at informantene fremtrer på en annen måte enn hva som er virkelig (Maxwell, 1992). For å lykkes med et kvalitativt forskningsintervju bør forskeren ha en viss erfaring fra feltet det forskes på. I motsatt fall kan informantene holde tilbake informasjon som de tviler på at forskeren vil skjønne betydningen av (Maxwell, 1992). Det kan være en styrke for studien at jeg hadde erfaring fra fagfeltet og kjente informantene fra tidligere. De fleste informantene virket å være svært åpne, ærlige og utfyllende i sine svar og sitatene som er hentet ut til teksten har en jevn fordeling fra seks av intervjuene. Grunnen til at det er mindre fra ett intervju er fordi dette intervjuet ble svært kort, jeg er usikker på om denne informanten ikke forsto det det ble spurt om, eller om vedkommende var redd for å komme med ærlige og åpne svar og heller svarte slik vedkommende trodde var ønskelig fra meg, som intervjuer. En annen grunn kan være at tema kan oppleves som et sensitivt tema å snakke om, da deler av intervjuet handlet om potensielt problematiske sider ved egen praksis i forhold til en sårbar pasientgruppe. Selv om jeg kjente til informantene fra tidligere, prøvde jeg å holde meg så nøytral som mulig. Dette var viktig for å kunne få frem mest mulig informasjon om deltagerens egne erfaringer og at viktig elementer ikke ble unnlatt fordi deltagerne gikk ut fra at jeg, som intervjuer, var kjent i avdelingen og i fagfeltet fra tidligere. Jeg opplevde at dette fungerte fint, da de aller fleste informantene fortalte mye og noen ganske dypt om sine erfaringer og opplevelser. Det kan allikevel ikke utelukkes at informantene holdt tilbake relevant informasjon som kunne hatt innvirkning på resultatene, selv om de fleste uttrykte at de fortalte om de erfaringene og opplevelsene de hadde om feltet uten å holde noe tilbake. En trygg atmosfære i et rolig rom utenfor sykehuset, samt god forklaring på hvordan intervjuet skulle foregå, kan også ha bidratt til at deltagerne framsto som ærlig og åpne i sine svar. En svakhet ved studien kan være at dette er den første kvalitative studien og masteroppgaven jeg har skrevet og selv med mye innlært teori og god veiledning, sier Kvale og Brinkmann (2009) det kan være elementer

i arbeidsstrukturen og fortolkningen som kan ha blitt redusert på grunn av forskerens manglende erfaring på slikt type arbeid.

6.4.3 Teoretisk validitet

Teoretisk validering går forbi konkret beskrivelse og tolkning av data i studien til å sette det inn i et større teoretisk rammeverk (Maxwell, 1992). Teoretisk validering eller forståelse handler om hvordan et fenomen ikke bare beskrives og tolkes, men forklares. Forklaringen på fenomenet avgjøres av teorier forskeren legger til grunn eller utvikler under studien (Maxwell, 1992). Før jeg gikk i gang med undersøkelsen hadde jeg en forforståelse for temaet jeg ønsket å undersøke. Jeg hadde inntrykk av at pasienter med rusrelatert intoksikasjon var en pasientgruppe som fikk lite fokus fra helsepersonell ved innleggelse i akuttmottak. Min forforståelse gikk ut på at dette ikke nødvendigvis handlet om at helsepersonell eller sykepleiere hadde bevisste dårlig holdninger til denne pasientgruppen, men at akuttmottaket generelt ikke hadde særlig fokus på verken behandling, samhandling eller kompetanse for sykepleiere til denne pasientgruppen. Med dette som bakgrunn planla jeg studien og fant relevant støttelitteratur, både empiri og teori, som belyste studiens problemstilling. Selv om min forforståelse var noe styrende for oppgaven og utarbeidelsen av intervjuguiden, fokuserte jeg på å ha åpne nok spørsmål til at andre aspekter og synspunkter kunne bli belyst. Jeg ønsket å få frem flest mulig erfaringer og opplevelser rundt temaet og gjerne erfaringer som kunne motbevise min forståelse. Kvale og Brinkmann (2009) presiserer at selv om det er viktig å ta med seg sin erfaring inn i en studie, må man allikevel ha en profesjonell tilnærming til sine informanter og ikke la seg påvirke at man kjenner de. Jeg har hele veien vært svært bevisst på at min erfaring og min kjennskap til informantene ikke må forstyrre eller være direkte styrende for mitt arbeid med studien, da jeg har vært redd for at dette skal påvirke studien i for stor grad. I tillegg til dette har jeg vært bevisst på å holde en viss distanse til deltagerne, for å skille mellom meg som forsker og meg som kollega. Jeg opplevde at deltagerne forsto dette skillet under intervjuet, da jeg forsøkte å stille spørsmålene på en måte som gjorde at mitt kollegiale forhold til deltagerne og min egen erfaring fra praksisstedet ikke lyste igjennom. Svarene jeg fikk var åpne og utfyllende, noe som kan tyde på at deltagerne tok intervjuene alvorlig og at intervjuene engasjerte de. Det var kun noen få svar, fra noen deltagere, som var på en slik måte at det kan tenke seg at de gikk ut ifra at jeg visste om begrepene de omtalte fra tidligere. Da dette skjedde spurte jeg allikevel mer utdypende, slik at

jeg fikk deres forklaring på begrepene/situasjonene. Når jeg stilte spørsmål om ulike begreper, som blant annet samhandling og individuell plan, ga deltagerne uttrykk for at de ikke kjente til disse begrepene. Jeg søkte da å gå bak begrepene for å få tak i hva slags erfaringer og opplevelser deltageren hadde med det som allikevel kan sies å omfattes av disse begrepene.

6.4.4 Generaliserbarhet/overførbarhet

I følge Maxwell (1992) referer generaliserbarhet til hvilken grad funnene i en situasjon eller populasjon kan overføres til andre personer, tider eller settinger enn der det ble studert.

Kvale og Brinkmann (2009) sier videre at forskningens overførbarhet henviser til hvorvidt forskningens resultater er gyldige i en videre ramme og indikerer at det finnes grenser og betingelser for hvordan studiens funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført.

Utvalgskriteriene i denne studien var klare og utvalget jeg fikk dannet en bred erfaring og et vidt aldersspenn, der begge kjønn var representert. Optimalt sett kunne studien hatt flere deltagere, men grunnet masteroppgavens omfang ble det besluttet å utføre syv intervjuer. Det kan tyde på at mangfoldet av opplevelser og erfaringer var godt dekket på bakgrunn av disse syv intervjuene, da det ikke kom mye ny informasjon frem på de to siste intervjuene, samtidig kom det frem noen nye aspekter som kunne belyse problemstillingen ytterligere. En styrke ved studien kan være at en av informantene hadde ekstra erfaring fra rus- og psykiatrifeltet på forhånd og svarene til denne informantene bekreftet mye av det de andre deltagerne sa, spesielt i forhold til funnet om kunnskap og kompetanse som ble belyst i studien. På bakgrunn av analysen vil jeg hevde at resultatene kan generaliseres ved at de kan gi en viss allmenn teoretisk forståelse av hvordan og hvorfor sykepleierne gjør som de gjør i mottak av pasienter med rusrelatert intoksikasjon. Dette samsvarer med Maxwell (1992) når han fremhever at forskere som driver med kvalitativ forskning ikke har til hensikt å generalisere resultatene, man kommer frem til, til en stor populasjon, men at målet ofte er å generere teori. I henhold til generaliserbarhet kan meningene til sykepleierne i denne undersøkelsen ha en viss overføringsverdi til andre sykepleiere i store akuttmottak, da sykepleiere kan møte de samme utfordringene knyttet til pasienter med intoksikasjon i andre akuttmottak.

7 Konklusjoner og implikasjoner for praksis

Rusomsorgen har de siste ti årene hatt en økende satsning gjennom flere reformer, som skal bidra til at pasienter med rusproblematikk får en bedre og et mer helhetlig behandlingsforløp gjennom en mer rettferdig og likeverdig helsetjeneste, basert på samhandling. Reformene presiserer også viktigheten av at helsepersonell må tilegne seg den nødvendige kunnskapen og kompetansen for å kunne gjennomføre dette, samt viktigheten av et tilfredsstillende samarbeid mellom ulike instanser i helse- og omsorgstjenestene. Denne studien viser at det er lite fokus i akuttmottaket på hvordan sykepleiere skal møte pasienter som legges inn med rusrelatert intoksikasjon. Det kommer frem at dette ikke er en særlig prioritert pasientgruppe i forhold til kunnskap og kompetanse, som kan være årsaken til den manglende interessen for denne pasientgruppen hos sykepleierne i studien. Studien viser også at sykepleierne synes denne pasientgruppen er krevende og de opplever at de mangler den nødvendig tiden for å kunne imøtekomme pasientens behov, utover det helt klart somatiske. Når det gjelder pasientenes bakenforliggende årsak til intoksikasjonen og deres rus og psykiske lidelser, viser studien at sykepleierne tenker at dette ikke er akuttmottaket sitt ansvarsområde. Allikevel ytres det et ønske fra informantene i studien om en bedre samhandling med interne og eksterne instanser, som kan gjøre at deres møte med disse pasientene blir bedre og at pasientene raskere kan få den hjelpen de trenger, når de er stabilisert medisinsk.

For å imøtekomme utfordringene som er funnet i denne studien bør avdelingen bedre kunnskapen og kompetansen hos sine ansatte slik at de står bedre rustet til å utnytte den tiden de har med denne pasientgruppen på en bedre måte. Undervisning om hvordan man skal møte denne pasientgruppens lidelser utover selve intoksikasjonen, samt strukturert refleksjon over egne og avdelingens holdninger bør prioriteres på fagdager og internundervisninger, slik at akuttmottaket på Ahus blir gode på å møte disse pasientene på lik linje som for eksempel pasienter med brystmerter. Studien indikerer også at å bedre samhandlingen mellom akuttmottaket og psykiatrien, og mellom andre instanser utenfor sykehuset, må til for å kunne gi disse pasientene muligheten til å få en mer helhetlig behandling, som de har krav på fra regjeringen sin side. Det bør også ses på om individuell plan kan iverksettes allerede i akuttmottaket, men både dette og samhandling med andre instanser krever nok involvering fra høyere nivå på sykehuset. Akuttmottaket bør selv utarbeide en klar prosedyre og behandlingsplan for pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon, som inkluderer

utfordringer utover det somatiske. En slik behandlingsplan vil kunne være med å forenkle møtet med denne pasientgruppen for sykepleierne, og pasientene vil kunne føle seg mer sett og ivaretatt i akuttmottaket. Det vil også bidra til at mottaket ikke vil avhenge av sykepleiernes egen interesse for pasientene, og man kan på den måten oppnå en mer samhandlende, koordinerte og likeverdige helsetjeneste for denne pasientgruppen.

REFERANSELISTE

- Ahus. (2012a). Overordnet samarbeidsavtale. Hentet 31. januar 2014, fra <http://ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Overordnet%20Samarbeidsavtale%20Ahus%20og%20kommuner.pdf>
- Ahus. (2012b). Samarbeidsavtaler
Delavtale 10 - Samarbeid om forebygging Hentet 15. februar 2014, fra <http://ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Delavtale%2010%20-%20Forebygging.pdf>
- Ahus. (2012c). Tjenesteavtale 1- koordinerte tjenester. Hentet 31. januar 2014, fra <http://ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Documents/Tjenesteavtale%201%20koordinerte%20tjenester.pdf>
- Andresen, N. E., & Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. [Oslo]: Akribe.
- Bäcklund, S., Enstad, F., Frøyland, K., Gimse, A. Ø., Hoel, I., & Ingerselv, H. (2010). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. 4. utgave*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Departementene. (2009). *Regjeringens strategi for forebygging. Felleskap – trygghet – utjevning*. Oslo: Departementene.
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ferns, T., & Cork, A. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part I). *International Emergency Nursing*, 16(1), 43-47.
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid Hentet 31. oktober 2013, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>,
- Frost, T. (2009). Fra likestilling til likeverd: Norsk helse- og sosialarbeid i fortid og nåtid. En utvidet versjon av foredraget på NAVs fagsymposium 19.oktober 2009.
- Gabrielsen, A. (2004). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. Oslo: Helsedepartementet.
- Gråwe, R. W., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiatriske lidelse i psykisk helsevern for voksne*. Trondheim: Sintef helse.
- Happell, B., & Taylor, C. (2001). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(2), 87-96.
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo: Det Kongelige Helsedepartement.
- Helsedepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012A). *Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012B). *Opptrappingsplan for rusfeltet. Resultat og virkemidler*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Howard, V., & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 862-872. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x
- Hummelvoll, J. K. (2005). *Helt - ikke stykkevis og delt. 6 utg.: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.
- James, A., Madeley, R., & Dove, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23(6), 431-434. doi: 10.1136/emj.2005.028621
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2008.08.003>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kymlicka, W. (2002). *Multiculturalism. Contemporary Political Philosophy. An Introduction*. Oxford: University Press.
- Lilleeng, E., Gystad, S. O., & Anthun, K. J. (2009). *SAMDATA. Sektorrapport for rusbehandling 2006*. Trondheim: Sintef.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2009). *Rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-301.
- Meld. St.16 (2011-2015) (2011). *Nasjonale helse – og omsorgsplan*. (Oslo): Helse – og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 30 (2011-2012) (2011). *Se meg*. (Oslo): Helse – og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 34 (2012-2013) (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Oslo): Helse - og omsorgsdepartementet
- Mork, E., Ystgaard, M., Mehlum, L., & Holte, A. (2001). Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.121: 1038-43*.
- Nesvåg, S., Backer – Grøndahl, A., Duckart, F., Enger, Ø., Huseby, G., & Kraft, P. (2007). *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering*. Stavanger: Sosial – og helsedirektoratet.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICN etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle*. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Richmond, I., & Foster, J. (2003). Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 12(4), 393-403. doi: doi:10.1080/0963823031000153439

- Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial – og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet 10. september 2013, fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>
- St meld. nr. 25 (1996-1997) (1996). *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Oslo): Helse – og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 20 (2006-2007) (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (Oslo): Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) (2009). *Samhandlingsreformen*. (Oslo): Helse – og omsorgsdepartementet
- Stoltenberg, T. (2010). *Rapport om narkotika*. Oslo: Regjeringsoppnevnt utvalg for helse-og sosialdepartementet.
- Tipper, R., Mountain, D., Lorimer, S., & McIntosh, A. (2006). Support workers' attitudes to mental illness: implications for reducing stigma. *Psychiatric Bulletin*, 30(5), 179-181. doi: 10.1192/pb.30.5.179
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., . . . team, M. I. C. s. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313. doi: 10.1192/02-623
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2009). *Utjevning av helseforskjeller, Del 1, begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. London: World Health Organization. Hentet 10. oktober 2013, fra http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneve: Verdens helseorganisasjon.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies. The affliction and inequality*. London: Routledge.
- World Medical Assosiation. (2012). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 10. februar 2014, fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Ørstavik, S. (2011). *Likeverdige helsetjenester. Fra velvilje til handling*. Oslo: Likestilling – og diskrimineringsombudet Oslo: Likestilling - og diskrimineringsombudet.

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

IVARETAKELSE AV LIKEVERDIGE HELSETJENESTER TIL PASIENTER SOM INNLEGGES MED RUSRELATERT INTOKSIKASJON I AKUTTMOTTAK. EN KVALITATIV STUDIE

Forespørsel om deltagelse i intervju i forbindelse med masterprosjekt

Dette er en forespørsel om å delta som intervjuperson i forbindelse med masteroppgave for Kristin Steigedal. Studien omhandler ivaretagelse av likeverdige helsetjenester til pasienter som innlegges med rusrelatert intoksikasjon i akuttmottaket. Formålet med studien er å få en større innsikt i hvordan sykepleiere kan oppfylle krav om rettferdig fordeling av tjenestene i akuttmottaket og sikre en mer likeverdig helsetjeneste for pasienter som innlegges med rusrelatert intoksikasjon. Dette vil gjøres gjennom å studere sykepleiernes tjenester slik de selv beskriver dem, i lys av retningslinjer for samhandling og individuell plan (IP).

Hvorfor du blir forespurt:

Som ansatt ved akuttmottaket sitter du med kunnskap om hvordan ulike pasientgrupper møtes og hvordan arbeidshverdagen fungerer. Det vil alltid være ulike forståelser og tilnærminger av en og samme situasjon. Gjennom din deltakelse får jeg mulighet til å få et nyansert bilde og mest mulig kunnskap om hvordan arbeidshverdagen er i forhold til møte med pasienter som kommer inn med rusrelatert intoksikasjon i akuttmottaket.

Konsekvenser for deg:

Hvis du takker ja til å delta i intervjuet, betyr det at du deltar i et dybdeintervju som varer i ca en time. Det vil bli benyttet båndopptaker og notater for å innhente informasjon fra intervjuet. Informasjonen du gir under intervjuet blir behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Av samme grunn ber jeg om at du ikke bringer innholdet fra intervjuet videre til andre parter i avdelingen.

Selv om du sier ja til å delta, kan du når som helst under intervjuet, eller etter intervjuet trekke tilbake samtykket så lenge studien pågår. Dine data vil da ikke benyttes, og vil bli slettet umiddelbart.

Slik ivaretas den informasjon du gir:

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres når prosjektet er ferdig, innen utgangen av mai 2014.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Jeg håper du har lyst til å være med på intervjuet. For å bekrefte at du er interessert er det fint om du sender meg en mail/sms, samt skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer/mailer den til meg.

Prosjektansvarlig/mer informasjon:

Hvis du har spørsmål om intervjuet eller selve prosjektet, kan du kontakte:

Ruth Kjørsti Raanaas veileder og førsteamanuensis ved Universitetet for miljø og biovitenskap, Institutt for Landskapsplanlegging (64965655, ruth.raanaas@umb.no)

Kristin Steigedal, masterstudent ved Master i Folkehelsevitenskap, Universitetet for miljø og biovitenskap (95918246, steigedal@hotmail.com)

Med vennlig hilsen

Kristin Steigedal



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no