

Tillit inom missbruk- och beroendevården

En undersökning av två arbetssätt

FÖRFATTARE	Björn Blomqvist Jonas Ivar
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Kelvered
EXAMINATOR	Lars Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Tillit inom missbruk- och beroendevården – En undersökning av två arbetssätt
Titel (engelsk):	Trust in abuse and addiction care – A study of two work procedures
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurs kod/kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad HT12
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Björn Blomqvist & Jonas Ivar
Handledare:	Monica Kolvered
Examinator:	Lars Persson

SAMMANFATTNING

Syftet med litteraturstudien är att undersöka arbetssätt som påverkar tillit till vård och omsorg samt till vårdpersonal inom missbruk- och beroendevård. **Metoden** för utförandet av litteraturstudien utgick från artikelsökning i två olika databaser Trust, "Substance Abuse Treatment", "Substance-Related Disorders", "Substance abuse", "Motivational Interviewing" & "Case Management". Samtliga artiklar granskades utifrån Göteborgs Universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsas mall för granskning av artiklar och tre olika kategorier skapades. **Resultatet** baserades på nio kvalitativa och kvantitativa artiklar som berör tillit mellan vården och patienten, Case managements förbättring av organisationen kring patienten och motiverande samtal påverkan på motivation till behandling. **Diskussionen** kopplade samman bakgrund med omvårdnadsteorier samt det som framkommit i resultatet och tillitens betydelse för olika arbetssätt diskuterades. **Konklusionen** Tillitens betydelse inom missbruk och beroendevården har visat sig vara av stor vikt för hur man upplever den vård och omsorg man får. Utan en fungerande tillit mellan patient och vårdgivare är det svårt att få en fungerande relation som leder vården framåt.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patienten i missbruk- och beroendevården	1
<i>Definition av missbruk och beroende</i>	1
<i>Samsjuklighet</i>	2
Regelverk	2
<i>Lagar och förordningar</i>	2
<i>Patientsäkerhetslagen</i>	2
<i>Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom psykiatri</i>	2
Omvårdnadsperspektiv	3
<i>Psykiatrisk vård, missbruk- och beroendevård</i>	3
<i>Bemötande</i>	3
<i>Tillit</i>	3
Olika arbetssätt	4
<i>Case management</i>	4
<i>Motiverande samtal</i>	4
Problemformulering	5
 SYFTE	 5
 METOD	 5
URVAL & DATAINSAMLING	5
DATAANALYS	6
Tabell 1	6
 RESULTAT	 8
TILLIT	8
ANDRA ARBETSSÄTT FÖR ATT SKAPA TILLIT I MISSBRUK- OCH BEROENDEVÅRDEN	9
Case management	9
Motiverande samtal	10
FÖRKLARANDE TABELL AV ARBETSSÄTTEN	11
Tabell 2	11
DISKUSSION	12
 METODDISKUSSION	 12
RESULTATDISKUSSION	13
Case management	13
Motiverade samtal	14
Tillit	15
KONKLUSION	15
 REFERENSER	 17
 BILAGOR	
BILAGA 1 Artikelsammanställning	

INTRODUKTION

INLEDNING

Under utbildningstiden till sjuksköterskor har författarna arbetat inom missbruk- och beroendevård samt psykiatrivård och format ett djupare intresse för patienters situation inom den formen av vård. Dessa patienter befinner sig i en utsatt situation där bemötandet från sjukvårdspersonalen med sjuksköterskan i spetsen har en viktig funktion för att öka patientens välbefinnande och livskvalitet. Författarna anser att en aspekt kan vara att skapa tillit till vården och vårdpersonal för patienten i syfte att öka kvaliteten och följsamheten i omvårdnadsarbetet.

Under utbildningen har författarna kommit i kontakt med olika arbetssätt som sägs öka trygghet och förtroende i olika vårdformer. De arbetssätt som behandlas som verktyg för att öka patientens tillit i den här studien i relation till tillit är *Motiverande samtal* och *Case management*.

Författarna anser det viktigt att få en utökad förståelse av tillitens betydelse för patienter inom missbruk- och beroendevård och deras interagerande med olika arbetssätt samt vården i stort.

BAKGRUND

Patienten i missbruk- och beroendevården

Hos individer med psykisk sjukdom finner man ofta att de har en samsjuklighet med missbruk vilket utgör en riskfaktor för försämrad prognos [1]. Studier [2] har visat att personer som missbrukar löper större risk att utveckla psykiska störningar och har i dubbel utsträckning haft en psykiatrisk diagnos någon gång i livet. Missbruk vid en samtida psykisk diagnos kan leda till att problemen ökar på varandra och detta kan då upplevas som svårare än om de diagnoserna förekommit var för sig. Vårdbehovet är komplext då individen behöver hjälp med båda diagnoser samtidigt [2].

För de individer som är svårast sjuka, krävs att det finns en verksamhet som är uppsökande, men som också arbetar mot att motivera individerna till behandling. För de svårast sjuka är det av vikt att insatserna syftar till att individen återfår makten över sitt egna liv och återintegreras i samhället [1]. Personer som missbrukar har gemensamt, att de ofta är i behov av samtidig vård där personal från flera olika myndigheter och verksamheter arbetar i samverkan. Detta är ett problem då de ofta leder till att personerna hamnar mellan de olika enheternas interventioner, vilket kan leda till att de inte får den vård de är i behov av [2].

Missbrukare av narkotika och narkotika klassade läkemedel löper en ökad risk att avlida i förtid. Dödsfall i förtid definieras av att personen avlider innan medelåldern [3]. Det visar sig att personer med missbruk som lämnar behandling i förtid löper ökad risk att dö på grund av överdos inom de första fyra veckorna efter behandlingen. [4]. Det är därför av stor nytta att organisationen och en integrerad verksamhet kring individen har ett tydligt och övergripande ansvar för dennes hela livssituation [1].

Definition av missbruk och beroende

Missbruk och beroende är två skilda saker där beroendet av en drog påverkar hjärnan så att enbart den egna viljan inte längre klarar av att styra intaget. Beroende innebär ett

substansanvändande av exempel alkohol eller narkotika som man inte längre klarar att styra över. Missbruk är i sin tur när man på grund av intag av en drog ställer till det för sig själv eller sin omgivning [5].

Samsjuklighet

Missbruk eller beroendeproblematik anses vara en sjukdom. Denna sjukdom i kombination med psykisk ohälsa skapar en samsjuklighet som gör att dessa människor löper en större risk att dö i förtid än människor utan samsjuklighet. Samsjukligheten i sig påverkar de båda sjukdomarna negativt. Missbruket påverkar den psykiska ohälsan negativt samtidigt som den psykiska ohälsan påverkas negativt av missbruk i form av alkohol eller droger. Mellan 25-60% av missbrukare har en psykisk samsjuklighet [6].

Regelverk

Lagar och förordningar

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [7], är den lag som utgör grunden för sjukvård i Sverige. Målen för HSL i Sverige är att vården skall bedrivas på lika villkor och skall ges till hela befolkningen. I grunden har människor ett lika stort värde och vården skall ges med respekt för den enskilda människan. Lagen föreskriver också att den som har störst behov av vård skall ges företräde [7].

Patientsäkerhetslagen

För att patienter skall kunna känna sig trygga i vården och ha vetskapen att vården bygger på samma säkerhetsgrund i alla delar av vårdkedjan finns *Patientsäkerhetslagen* [8]. Den säger bland annat att vårdgivaren själv bär ansvaret för hur denne utför de arbetsuppgifter som åligger hen. Vårdgivaren har också en skyldighet att bedriva patientsäkerhetsarbete genom att planera, kontrollera och leda verksamheten så att god vård upprätthålls. Vårdgivaren skall se till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt att rapportera vårdskador och rapportera eventuella säkerhetsbrister i vårdarbetet. När vårdskador har uppstått eller varit nära att uppstå skall vårdgivaren anmäla detta till socialstyrelsen. Det är vårdgivarens ansvar att patienter får den information som är relevant för vårdtillfället. Denne skall också informera patienten om olika behandlingsalternativ då de finns och är bevisade i vetenskapen samt är en beprövad erfarenhet. Om ett barn bor hos föräldrar eller dennes förmyndare som är missbrukare, har en psykisk funktionsnedsättning eller störning. Så är det av särskild vikt att hälso- och sjukvårdspersonalens beaktar dennes behov av information, stöd och råd [8].

Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom psykiatri

Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning inom psykiatrisk vård skall sjuksköterskan tillvarata och främja de hälsoresurser som den som lider av psykisk ohälsa har. Vid undersökningar och behandlingar av patienter med psykisk ohälsa skall sjuksköterskan förmedla tillit och trygghet för att kunna motivera patienten till att följa vården och dess behandlingar [9].

Omvårdnadsperspektiv

Psykiatrisk vård, missbruk- och beroendevård

Vid vård av människor som lider av psykisk ohälsa är målet att reducera och lindra de symtom som uppkommer samt att patienten ska klara av att bemästra sitt ångestsymtom. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta med patientens psykiska ohälsa krävs en relation mellan vårdgivare och patient där bemötande och tillit är viktiga faktorer. För att skapa denna tillit i relationen krävs det att sjuksköterskan arbetar så att patienten känner att åtgärderna är stödande och skyddande. Sjuksköterskans kommunikation är viktig, oavsett om den är verbal eller icke verbal visar den på att man lyssnar och förstår patientens situation [10]. Personer som lever med ett missbruk eller beroende kan beskriva livet som en kamp mellan skam och värdighet. Individerna använder droger för att dämpa ett lidande, men drogerna i sin tur skapar mer lidande. Efterhand blir lidandet så stort att det försätter personen i situation som påverkar kroppsligt, själsligt och även socialt [11].

Bemötande

Ett substansberoende är direkt kopplat till ett lidande. Det är därför vid samtal med en patient som har ett beroende viktigt att vara icke-dömande, patienten bör ges tid och patientens perspektiv skall tas på allvar. Samtalet bör inte få karaktär av en utfrågning eller ett förhör, detta ökar risken för att patienten blir svårare att nå och avståndstagande till behandlingen, patienten bör få tillfälle att göra sig förstörd och förstå att vårdgivaren lyssnar. Detta för att patienten lättare själv ska kunna se och utforska sitt liv och hur drogerna påverkar patientens liv [11].

Tillit

För att en patient skall känna tillit, tro och hopp till en sjuksköterskas omvårdnadsarbete krävs att patienten känner att sjuksköterskan ser och bryr sig om patientens oro och behov. En patient som upplever detta bemötande från en sjuksköterska får större tillit och är mer benägen att delge sina känslor och funderingar [12].

En viktig aspekt i sjuksköterskans roll i omvårdnadsarbete är att skapa ett förtroende med den vårdsökande. För att klara det behöver sjuksköterskan utveckla en relation med patienten genom att förstå patientens livsvärld och självbild. Sjuksköterskan måste se patientens subjektiva verklighet som påverkar motivationen och anledningar till att patienten söker vård [12].

Begreppet tillit är svårt att definiera, det beror dels på att tillit växer fram mellan människor till följd av deras handlingar. Tillit kan framställas som ett begrepp som är byggt på sunt förnuft och kan vara svårt att mäta. Tilliten kan bero på vad en människa förväntar sig för något i till exempel behandling och hjälp i utsatta situationer [13].

Inom psykiatri- och missbruksvård kan individer vårdas under olika premisser. Olika former kan vara tvångsvård som kan ske med hjälp av socialtjänstlagen eller att frivilligt sökt vård för sina besvär. Det är det av stor vikt att skapa en tillit till vården för patienterna. I dessa miljöer är det dock svårt att skapa den tillit som är nödvändig då vården delvis kan bedrivas med låsta dörrar, regler och personal som hela tiden är utrustad med larm. Detta kan leda till patientens ovilja till att delta i behandlingen, på grund av ojämlika maktförhållanden mellan personal och patienter [14].

Olika arbetssätt

Case Management

Case Management (CM) har sitt ursprung i avvecklingen av den institutionsbaserade psykiatrivården som började i västvärlden under 60-talet. CM uppkom i och med att man försökte förbättra tillgängligheten och koordinationen av de olika insatserna som krävdes kring den enskilde patienten. *Patientutredning och -uppföljning* I Sverige har CM utvecklats från att varje enskild patient hade kontaktpersoner som ansvarade för vissa delar av samordningen av stöd och behandling, till att karaktäriseras av personliga ombud med ett övergripande ansvar [15].

Det finns ett flertal olika modeller av CM. Det finns multiprofessionella modeller som är ett samlingsnamn för ett flertal olika modeller. I dessa modeller är case managern en nyckelperson i ett multiprofessionellt team. Den modell av CM som enligt socialstyrelsen har hög prioritet i Sverige är Assertive Community Treatment (ACT). En modell som är anpassad för att man skall kunna implementera nya evidensbaserade metoder [15] [16].

Åren 2005-2006 genomfördes på uppdrag av Sveriges regering från en ide av Nationell psykiatrisamordning en femårsplan till förslag om större utbildnings satsningar inom CM-metodik [17]. Sådana utbildningar ges nu på Karlstads Universitet och i samarbete med Evidens AB [15]. I den svenska modellen av CM finns bland annat ett mobilt krisstöd för patienten och en hög grad av tillgänglighet. Runt patienten skall ett multidisciplinärt team arbeta för att knyta an interventioner och engagerade personer. Tillsammans med patienten skall case managern utforma kris och vårdplaner utifrån patientens egna delmål och mål. Patienten skall i CM vara i centrum och ifrån hen utgår alla samverkanspartners planering. Vilket innebär att patienten alltid skall vara delaktig i de beslut som fattas. Målet med CM är kunna ge patienten och dess anhöriga de verktyg som behövs i för att uppnå en så hög autonomi i det dagliga livet som möjligt [18].

Motiverande samtal

Motiverande samtal(MI) utvecklades under 1980-talet av professorn William R Miller, metoden utvecklades till att börja med för att användas inom arbetet med alkoholberoende patienter. Efterhand började Miller samarbeta med psykologen och metodutvecklaren Steven Rollnick för rådgivning inom hälso- och sjukvård [19]. Till Sverige kom det att börja användas inom kriminalvården [20].

MI används till att locka fram förändringsviljan och idéer kring dessa hos vårdtagaren. Istället för uppmaningar är vårdgivarens roll att ge stöd till vårdtagarens idéer kring förändring. Grundläggande arbetssätt vid MI är samarbete, framkallande och autonomi. Vid samarbetet skapar samtalsledaren en atmosfär som främjar förändring, framkallande stödjer sig på vårdtagarens egna värderingar och uppfattningar och autonomi bekräftas genom vårdtagarens rätt till självbestämmande [20].

För att arbeta preventivt vid missbruksvård är MI en väl fungerande metod för att förebygga återfall till missbruket. Vid samtalen är det viktigt att som vårdgivare möta patienten där denne är och inte enbart fokusera på missbruket utan även på lidandet hos patienten [11].

Att framkalla förändring genom att specifikt förespråka det för vårdtagaren kan leda till dispyt som är kontraproduktiv i vårdsituationen. Istället skall vårdgivaren använda sig av begreppet ”rulla med motstånd”. Detta innebär att man istället för att konfrontera vårdtagaren med

problem så vänder man påståenden tillbaka till vårdtagaren. Det är vårdtagarens uppgift att själv komma fram till svaren för förändring [20].

Problemformulering

Kan CM eller MI vara till hjälp för att skapa tillit i omvårdnadsarbetet inom missbruk- och beroendevården?

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att undersöka tillitens betydelse för omvårdnadsarbetet i missbruk- och beroendevården samt i relation till Case management och motiverande samtal.

METOD

Studien är en litteraturstudie baserad på nio vetenskapliga artiklar representerade från Sverige [30], USA [23][26][28][29], England [25], Belgien [24][27], Norge [32].

URVAL & DATAINSAMLING

Författarna började studien med intention att skriva om *Uppföljning inom privat och offentlig beroendevård*. Detta ändrades efter en första osystematisk sökning och genomgång av abstract, på grund av att författarna fann en annan riktning inom problemområdet. Enligt Östlundh [21] finns en regel att alltid söka brett för att skaffa sig mer kunskap om området och efter hand smalnas sökningen av för att komma fram till essensen [21].

Arbetet utvecklades efter de första osystematiska sökningarna i vetenskapliga databaser till att även innehålla tankar om *Case management* samt *Motiverande samtal*. Det då författarna vid upprepade tillfällen stötte på dessa i sina sökningar. Författarna enades därefter att fokus för arbetet skulle vara tillit inom missbruk- och beroendevården.

En begränsning av artiklar skedde och att dessa skulle vara publicerade under en tioårs period dvs. mellan åren 2002 – 2012. Sökningarna genomfördes under perioden 120912 – 121012, i databaser på Biomedicinska biblioteket Göteborgs Universitet (tabell 1). Artiklarna som inkluderats i litteraturstudien erhöles genom sökningar i Scopus och Cinahl. Sökorden som använts har bland annat erhöles från sökta artiklars MeSH-termer och egna sökord. Swedish MeSH användes också för att hitta lämpliga variationer av sökorden.

Frågeställningar som användes till artiklarna: *”Kan CM eller MI vara tillhjälp för att skapa tillit inom missbruk- och beroendevården”, ”Förbättrar arbetssättet behandlingen” och ”Hur påverkar tillit vårdresultatet”*

Sökord som användes i databaserna var: *Trust, Substance Abuse Treatment, Substance-Related Disorders, Substance abuse, Motivational Interviewing, Case Management, Nursing och Caring (tabell 1)*.

Andra sökord har använts och även andra sökningar har genomförts tillsammans med de redovisade sökorden. Dessa sökord och sökningar redovisas inte i den studien då de inte genererade några relevanta resultat.

DATAANALYS

Vilka artiklar som skulle inkluderas togs fram genom att författarna var för sig läste igenom abstract, därefter lästes de valde artiklarna i sin helhet av båda författarna och gemensamt valdes de artiklar ut som svarade på syftet för studien. För att undersöka valda artiklars kvalitet valde författarna att använda sig av Göteborgs Universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsas mall för granskning av artiklar [22].

Tabell 1, Sökschema

Databas	Sökord-1	Träff	Begränsning	Sökord-2	Träff	Abstract lästa	Artikel
Scopus	"Substance Abuse Treatment" AND Trust	40				5	[23] [26]
Cinahl	"Substance Abuse Treatment" AND Trust	7				1	0
Scopus	"Substance-Related Disorders" AND Trust	127	Exact keyword: Trust	Addiction	42	10	[24]
Cinahl	"Substance-Related Disorders" AND Trust	0				0	0
Scopus	"Substance abuse" AND "Motivational Interviewing"	295	Exact keyword: Motivational Interviewing	"Substance-Related Disorders"	71	7	[29] [30]
Cinahl	"Substance abuse" AND "Motivational Interviewing"	151	Peer-reviewed, Abstract		111	8	[29] [32]

	1 Interviewing”		available				
Scopus	"Substance Abuse Treatment" AND "Case Management"	184	Exact keyword: Case Management	Addiction	93	11	[27] [28]
Cinahl	"Substance Abuse Treatment" AND "Case Management"	45	Peer-reviewed, Abstract available		40	6	[29]
Scopus	Nursing AND Trust	2520		"Substance Abuse" OR Addiction	21	2	0
Cinahl	Nursing AND Trust	2182	Peer-reviewed, Abstract available	"Substance Abuse" OR Addiction	8	0	0
Scopus	Caring AND Trust	503		"Substance Abuse" OR Addiction	10	2	[23] [24]
Cinahl	Caring AND Trust	285	Peer-reviewed, Abstract available	"Substance Abuse" OR Addiction	0	0	0
Manuell sökning							[25]

RESULTAT

Resultatet som studien grundar sig på delas in i tre ämnesområden då författarna anser att ämnena är väsenskillda och belyses med fördel åtskilda.

TILLIT

Merril et al. [23] försökte identifiera viktiga frågor som uppstår under interaktionerna mellan missbrukare och läkare framkom det fyra huvudteman. *Läkares rädsla för att bli bedragna av patienterna. Avsaknad av standardiserade åtgärder för kliniska komplikationer inom vårdformen. Läkarnas undvikande och obehag av att konfrontera patienters huvudsakliga klagomål, samt patientens rädsla för felbehandling.* De analyserade observationer och inspelade interaktioner under en vårdvistelse, för patienter med heroin- och kokainmissbruk [23].

Av studiens resultat framkommer att patienterna bland annat tolkar förseningar vara avsiktlig felbehandling/vanvård men som kan relateras till sjukhusets logistiska ineffektivitet. Patienterna talar om faktumet att de är rädda för att de ska straffas för sin missbruksproblematik genom att få en sämre kvalitet av sjukvård. Patienter med tidigare dåliga erfarenheter av sjukvården var de som var mest vaksamma och som i mindre utsträckning litade på sina läkare. Läkarna i sin tur uppfattade dessa patienter som svårbehandlade och att i större utsträckning tala osanning, vilket medförde att deras vistelse karaktäriserades av frustration och negativa interaktioner för båda parter [23].

Verhaeghe och Bracke [24] uppger i sin studie om och hur stigma erfarenheter för patienter inom den psykiatriska vården kan relateras till tillit till vårdgivarna. Studiens resultat visade att patienter som har mer erfarenheter av stigma samt de som förutsätter att de ska diskrimineras och nedvärderas, har mindre tillit till vårdpersonalen. Det gäller även patienter med flera samtidiga symptom, vilka verkar ha en ännu större rädsla för diskriminering och nedvärdering samtidigt som de har mer känslor av mindervärdighet och skam. Detta resulterar i att de har en lägre tillit till vårdgivarna. Forskarna uppger att patienter med psykotiska störningar har mindre tillit till vårdgivarna vilket resulterar i att dessa patienter är mindre tillfredsställda. Verhaeghe och Bracke [24] påvisar i sin studie att tillit är den största faktorn för tillfredsställelse och att tillit har en stark effekt på tillfredsställelse. Ju mer tillit, desto högre tillfredsställelse [24].

H Thom et al. [25] skriver i artikeln om sin hypotes att patienter med lägre nivåer av tillit i större utsträckning rapporterar att den efterfrågade eller behövda interventionen inte uppfylldes under besöket. De visar på i sitt resultat att de kunde se att förhållandet mellan tillit till läkaren och åldern fick en U-formad kurva där de som hade mest tillit var unga (19-20år) och äldre (>70år), medan de i åldrarna 40-49 hade lägst tillit till läkaren. De patienterna med låg nivå av tillit visade i deras artikel mest tendens att efterfråga medicinsk information eller remittering. De var även de med låg nivå av tillit innan läkarbesök som rapporterade att den efterfrågade eller behövda interventionen inte uppfylldes av besöket. Studien visar även i sitt resultat att tillit var positivt associerat med huruvida patienten menade att följa läkarens råd där skillnaden är mest slående för patienter med minst tillit. Tillit var även positivt associerat med tillfredsställelse och förbättring av symptom efter två veckors uppföljnings besök [25].

Redko et al. [26] har de försökt ta reda på hur personer med missbruksproblem upplever CM som fokuserar på klientens styrkor och även hur dessa personer upplever att arbetsarbetet

genererar förändring. Kvalitativa intervjuer genomfördes samt fokus grups diskussioner med patienter som valde att delta. Dessa patienter var diagnostiserade med missbruk och/eller beroende (enligt kriterierna DSM-IV-TR; APA 2000), samt var antagna till en missbruksenhet på sjukhus eller inom öppenvården [26].

Författarna [26] utgår från uppfattningen att människor med missbruksproblem ofta anses som en av de mer svåra patientgrupperna att etablera en hjälpande eller effektiv relation till. Detta för att denna grupp av människor ofta hänvisas till vård av rättsväsendet och att den miljö missbrukare vistas i karaktäriseras av dysfunktionella relationer och misstro. I resultatet framkommer det olika teman som patienterna tycker är av vikt för relationen mellan dem och case managern. Bland annat case managerns egna personliga kvalitéer, fokus på patientens styrkor och förmågor samt att själva vara delaktiga i målsättningarna. Case managern kunde få patienten att uppnå en känsla att undslippa stigmatisering. På så sätt kunde de känna att de blev behandlade som människor igen genom att aktivt lyssna, visa förståelse och behålla en icke dömande attityd. De skriver vidare att den här sortens relation hjälper patienten att uppnå positiva förändringar och att de här förändringarna är ett resultat av uppbyggnaden av bland annat tillit och stigande självkänsla och självförtroende. Tillitsprocessen beskrivs av patienterna som att hjälpa dem i målsättningar och att sedan nå dessa mål var stärkande i tron till dem själva. Patienterna berättar även att i och med ökad tillit till medmänniskor var de möjliga att öppna upp och prata mer med först case managern men sedan även med andra nyckelpersoner i sin närhet. Studien pekar på att detta överensstämmer med tidigare litteratur och styrker påståendet att en fungerande professionell relation kan leda till att förbättra relationen mellan patienten och andra i dess närhet [26].

ANDRA ARBETSSÄTT FÖR ATT SKAPA TILLIT I MISSBRUK- OCH BEROENDEVÅRDE

Case management

Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij och Van Oost [27] har intervjuat nyckelpersoner gällande CM från olika missbruksenheter samt studerat patientjournaler från missbruksenheter. Så har man sett att patientgruppen är mycket komplex med multipla problemområden vilket ofta kräver kontakt med ett flertal olika vårdgivare. Detta kräver i sin tur behov av kontinuitet och koordination. I studien delades dessa två begrepp in i undergrupper och genom dessa lyfte fram vad informanterna tyckte var faktorer som påverkade huvudbegreppen. I resultatet framkom flera olika faktorer som underminerade kontinuiteten och koordinationen [27].

Trots att i de flesta journaler framkom patientens vårdbehov så saknades det i mer än tre fjärdedelar varför patienten kommer till just denna enhet eller varför hen gör det vid det här tillfället. Patienternas journaler innehåller stora mängder data men visade sig vara strukturerade på olika sätt kronologiskt både mellan enheter men även inom samma enhet. Journalerna innehåller ofta dubbeldokumentation. Informanterna i studien framhåller att en god koordination och förebyggande av fragmentering mellan enheter hänger i större utsträckning på informella kontakter, att personerna "känner varandra", än de strukturella överenskommelserna mellan de olika enheterna. Studien tog upp att även då de flesta enheterna kontaktar den refererande enheten då behandlingen avslutas så sker det sällan en uppföljning av patienten och behandlingseffekten. I de fall där det görs så var uppföljningen inte av förebyggande karaktär [27].

Enligt intervjupersonerna kan bristen på Kooperation och koordination bäst illustreras med de så kallade 'missbruksbehandlings turismen', som utnyttjar detta tillkortakommande. Studien lyfter själv fram bland annat en anledning till att fragmenteringen och bristen koordination fortsätter mellan enheter. De anger att det beror på konkurrensen för de få bidrag som finns mellan enheterna. I studien framkommer det att intervjupersonerna önskar se en systematisering, standardisering och optimering av kommunikationen mellan enheter för att komma åt problemområdena [27].

Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij och Van Oost [27] samt intervjupersonerna lyfter fram 'Case management' som alternativ för att åstadkomma detta. Intervjupersonerna hävdar att CM kan bidra till att minska kostnader, centralisera information, undvika dubbelarbete samt att begränsa 'missbruksbehandlings turism'. Då patientgruppen har en hög risk för återfall så är en uppföljning av stor vikt för dessa och ett av de grundläggande stegen i CM. Uppföljning är ett användbart verktyg för återfallsprevention och tidiga interventioner. Dock framhäver studiens resultat samtidigt att CM kan begränsa patientens valfrihet och leda till stigmatisering [27].

McLellan et al. [28] där de undersökt huruvida CM har en reell inverkan på patienter som under ett år kräver tre eller fler avgiftningstillfällen. Samt om CM insatser associeras med lämpligare utnyttjande av behandlingssystemet för patienter med multi-avgiftnings-tillfällen (MAT). Studien utfördes genom en jämförelsegrund av journaler från tidigare MAT-patienter och 890 patienter. För varje enhet tillsattes två stycken Case managers till den kliniska verksamheten. Studien visar på att interventionen med CM resulterade i förbättringar av den totala mängden patienters nyttjande av tjänster. Man kunde se minskningar i antalet inläggningar som enbart resulterade i avgiftning mer än halverades. Utnyttjandet av rehabiliteringsprogram ökade med hela 40 procentenheter. Även medelantalet dagar för varje enskild inläggning ökade från att ha varit drygt sex dagar till nästan 28 dagar. Antalet enbart-avgiftningar sjönk något medan åter-avgiftningar halverades. Medel antalet dagar för varje inläggning steg från drygt 7 till över 17 dagar och under den här tiden kunde man öka det totala antalet rehabiliterings intaget med nästan det dubbla. Studien ledde till att man fortsatte använda sig av Case managers i den kliniska verksamheten inom missbruksvården i Philadelphia för "svår vårdade" patienter då beslutsfattarna ansåg att de kliniska och administrativa förändringarna var tilltalande [28].

Rapp et al. [29] visar att missbrukare som får behandling för sitt missbruk och deltar i *strenght-based case management* till högre grad interagerar med den behandlingen som de får. Studien visar att alla deltagare i gruppen CM hade en klar förbättrad interaktion till sin behandling, förutom den grupp som hade svåra alkoholmissbruksproblem [29].

Motiverande samtal

Berman et al. [30] tittar på vilken effekt enskilda MI-interventioner har för patienter med alkohol- och/eller drogmissbruk har man undersökt huruvida dessa medför någon skillnad i de medverkandes avgiftningsförlopp. Genom att dela in en grupp av patienter som inkom till Danderyds sjukhus avgiftningsenhet i en där patienter fick vård som vanligt och en grupp som fick vid ett tillfälle MI under 45-120 min. Vad man kunde se var att MI-gruppen var mer medvetna än och uppskattade i högre grad än kontrollgruppen de positiva effekterna av läkemedel. Samtidigt som deras föreställning om hur de klarar av att avstå droger och alkohol och även i avseende avståendet vid begär stärktes. Det visade även på att deltagare i MI-gruppen i större utsträckning förflyttade sig i en positivriktning till förberedelse/åtgärdsstadiet enligt "stadier av förändring"-algoritmen i URICA av Callaghan et al. [31]. Studiens resultat visade slutsatsen att MI kan fungera som en katalysator till förändringar eller verkliga planer

till förändring samt tron på själv-förändring hos patienter med missbruksproblem. Men utan data kring ytterligare behandling under vistelsen på enheten kan de inte veta exakt hur MI har interagerat med andra behandlingar [30].

Rapp et al. [29] visar att tester utförda på missbrukare som ska förbättra behandlingen vid missbruksproblem med hjälp av MI inte får en ökad interaktion med hjälp av MI och behandling förutom den grupp som hade högre utbildningsnivå än resterande deltagare. Den grupp som hade minst hjälp av MI samtal var de med svårt alkoholmissbruk. Undersökningen visade på att MI inte ökade kopplingen till behandlingen jämfört med kontrollgruppen som givits standardvård [29].

Smedslund et al. [32] har gjort en jämförelse mellan olika interventionsmetoder och MI. Studien visar i sitt resultat att MI som metod fungerar för att påverka omfattningen av missbruket hos grupper av missbrukare som inte får någon annan form av vård vid MI interventionen. Hos missbrukare som befinner sig under annan behandlingsform visade däremot MI ingen skillnad i förbättring av missbrukets omfattning. Skillnader fanns heller inte mellan MI och andra aktiva interventioner för att minska missbruket [32].

FÖRKLARANDE TABELL AV ARBETSSÄTTEN

I tabell 2 redovisas en ytterligare granskning av artiklarna utifrån tillitens betydelse inom CM och MI.

Tabell 2. CM och MI betydelse av tillit.

Artikel	Positiv inverkan	Negativ inverkan
(CM) Vanderplasschen [27]		Strukturella missgynnanden
(CM) McLellan [28]	Effektivisering	
(CM & MI) Rapp [29]	Ökad integrering till behandling	Sänkt integrering till behandling
(MI) Berman [30]	Förändringsmotivation	
(MI) Smedslund [32]	Effekt som fristående metod	Bara effekt som fristående metod

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Att undersöka omvårdnadsbegreppet tillit i relation till psykiatri-/ beroendevård genom en litteraturstudie visade sig utgöra hinder, i form av att få artiklar framkom i sökningarna som svarade direkt mot syftet. Detta försvårade arbetet vilket ledde till att artiklar inom närbesläktade områden och som fristående ämnesord fick bearbetas. För att undersöka det valda området anser författarna att en annan metod, så som en intervjustudie, hade varit av gagn.

Författarna har kunnat se CM under sökningen och resultatformuleringen visat sig kunna kopplas till Tillit medan MI mer haft Tillit som en förutsättning. Det kan finnas andra mer eller mindre relevanta arbetssätt utöver de valda som kunde ha undersökts i relation till begreppet Tillit. Med mer tid och mer erfarenhet kunde författarna haft bättre möjligheter att urskilja dessa.

På grund av den begränsade tiden för litteraturstudien valde författarna att inte beställa några artiklar. Detta medför givetvis att det kan finnas artiklar som svarar väl emot syftet för studien men inte har bearbetats i den här studien och då medför möjliga begränsningar. För att få aktuell forskning och begränsa antalet artiklar valdes artiklar publicerade från år 2002 till dagens datum. Detta kan också ha medfört att relevanta artiklar aldrig bearbetades.

Artiklarna som har bearbetats i studien kommer alla från länder med västerländsk kultur vilket gör dessa jämförbara med vården i Sverige. Fyra artiklar har sitt ursprung i USA [23][26][28][29] resterande kommer från Europa [24][25][27][30][32], varav en är från Sverige [30]. Dock kan de få antalet artiklar utgöra en klar begränsning för studiens validitet. Även då alla artiklarna är baserade i länder med västerländsk kultur innebär det inte att det inte finns både små och stora skillnader i utförandet av de olika arbetsmetoderna. Hur och vilken av de många olika modellerna av CM man använder sig utav i till exempel USA är något som givetvis kan ha effekter för hur upplevelserna utformar sig i studiernas resultat. Det samma får man utgå ifrån när man tittar på MI. Även då MI inte har flera olika modeller så måste man här ta i beaktning den kulturella samhällsmiljö som patienten och även samtalsledaren har sin bakgrund i kan ha inverkan på samtals karaktär.

Sökorden som använts i den här studien har både stämt överens med syftet och återfunnits oberoende av varandra i flertalet av artiklarna. Användandet av Svensk MeSH underlättade vid framtagningen av de korrekta formerna. Dock hittades ytterligare ett sökord mycket sent i arbetsprocessen och som därför inte har använts i någon sökning. Sökordet kan ha utgjort en begränsning i antalet funna relevanta artiklar och på så sätt kompromissat studiens validitet. Däremot har sökordet och de sökord som är inkluderade återfunnits tillsammans i sökningar gjorda i efterhand. Författarna anser därför att det inte påverkade slutresultatet.

När den systematiska sökningen och valet av artiklar var avslutad lästes dessa av författarna oberoende av varandra. Därefter diskuterades de lästa artiklarna och gemensamt kvalitetsbedömdes dessa med hjälp av Göteborgs Universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsas mall för granskning av artiklar [22]. Författarna anser att granskningen ger studien en ökad trovärdighet. Dock föreligger det risker med kvalitetsgranskningen då författarna är noviser inom området. Det kan innebära att artiklarna är felbedömda eller granskade på ett sådant sätt att de konsekvent erhållit för hög eller för låg kvalitet.

Om ämnet varit klart och tydligt från första början kunde andra sökord använts som lett fram till behandlingsmetoder. Istället för att utgå från ett övergripande begrepp hade det varit en fördel för författarna med en specifik frågeställning för ämnet redan från första början.

Även då artiklarna bara speglar den västerländska omvårdnadskulturen så anser författarna att Tillit är ett vedertaget omvårdnadsbegrepp som är applicerbart inom omvårdnadsarbete i alla länder. Tillit är en form av känsla som kan variera från stund till stund vilket gör det svårt att mäta betydelsen av.

Författarna har valt att i en separat tabell (*tabell 2*) plocka ut och redovisa essenserna från de undersökta artiklarna.

Etiska ställningstaganden

Vissa artiklar var inte granskade av någon etisk kommitté, men tar dock upp i sina metoddiskussioner olika etiska aspekter kring sina forskningsförfaranden. Författarna valde att inkludera även dessa artiklar då höll en hög kvalitet.

RESULTATDISKUSSION

I resultatdiskussionen diskuterar författarna de två undersökta arbetssätten var för sig i relation till omvårdnads begreppet tillit.

Case management

I de tre studierna som behandlar CM [27][28][29] visar att CM påverkar effektiviteten och strukturen i vårdarbetet kring patienter med missbruk- och beroendeproblematik (*se tabell 2*).

Man kan se i Rapp et al. [29] artikel att missbrukspatienter, förutom de med alkoholmissbruk, som får vård samt CM har en större följsamhet till den vård de får i nuläget [29]. Författarna tror att detta är en följd av bättre kommunikation mellan de olika instanser och stöd som finns kopplad till patienterna.

Merrill et al. [23] visar att missbrukare upplever att de får sämre vård och blir behandlade felaktigt som straff för sina problem, när det egentligen kan bero på sjukvårdens ineffektivitet [23]. Med hjälp av CM som strukturerar vården och gör den mer effektiv kan det påverka patientens upplevelse av tillitsfull vård. Det är därför viktigt att patienterna skall känna att de får en meningsfull vård och att de blir sedda och lyssnade till. Därför är det viktigt att case managern har en utgångspunkt som inte är dömande för patienter med missbruk- och beroendeproblematik då dessa kan känna sig straffade och felbehandlade.

Patienter som vårdas för sitt missbruk är oftast i en situation där de hamnar i en beroendeposition gentemot vårdaren. I dessa miljöer är det av stor vikt att skapa förtroende och tillit för vårdtagaren som den primära vårdkontakten så åligger det sjuksköterskans arbetsuppgift att främja förtroende och tillit. En case managers uppgift kan då vara att fokusera på patientens styrkor och förmågor och få patienten att känna sig delaktig i vårdprocessen.

Det sociala livet för individer med missbruk- och beroendeproblematik har ofta genomgått negativa förändringar [11]. I studien Redko et al. [26] visar man på att en case manager kan arbeta på ett sådant sätt att man minimerar risken för stigmatisering dem sinsemellan. Att lyssna aktivt, behandla patienten som en människa, visa förståelse och utgå från en icke dömande attityd som riktlinjer för CM vilka Redko et al. [26] tar även upp förhållningsregler som är viktiga för sjuksköterskan att arbeta efter. En relation som bygger på dessa förhållningsregler är grunden för en gynnsam relation som kan hjälpa patienten att uppnå positiva förändringar så som tillit och stigande självförtroende. De patienter som har tillit till sin case manager ökar även sin tillit till en större omgivning [26]. Sjuksköterskans roll i omvårdnaden är då att få patienten att uppleva ett bra bemötande från en sjuksköterska för att få större tillit och är då mer benägen att delge sina känslor och funderingar [12].

Inom vården finns stora brister vad gäller organisation och riktlinjer, detta påverkar negativt kvaliteten på vården då många moment utförs dubbelt, exempel på sådant kan vara dubbeldokumentation [27]. Missbruksvården är en vårdform som kräver kontinuitet och

koordination, därför är CM en metod som kan strukturera vårdinsatserna så att de blir så effektiva och väl fungerande som möjligt.

McLellan et al. [28] nämner att CM har en positiv inverkan på vårdanvändandet genom att minska återinläggningar samt att det ökar användandet av de resurser som finns tillgängliga inom missbruksvården [28]. Detta visar på att CM har såväl goda effekter på vårdutnyttjandet som att det även har samhällsekonomiska vinningar.

Ur detta samhällsekonomiska perspektiv kan man se på fördelarna som CM även ger på organisationen. Ett systematiskt arbetssätt för att kommunicera mellan enheter och vårdinstanser skapar mindre risk för dubbelarbete och en mer patientsäker vård [27].

Motiverande samtal

Resultatet från tre studier visade att MI fungerade som metod för att minska missbruket då inga andra metoder användes, vid användandet av andra behandlingsmetoder visade det ingen tydlig förbättring på grund av just MI [29][30][32]. Författarna tänker att om en patient har sökt en behandling för sitt missbruk/beroende har patienten redan innan en viss form av motivation till förändring och får därför ingen utökad motivationsökning med hjälp av MI. Däremot kan det tänka sig att personer som är vårdade till exempel mot sin vilja och då inte har den motivationen till förändring kan gynnas av MI i sin vård (*se tabell 2*).

Berman et al. [30] visar att MI hjälper att stärka patientens tilltro till sig själv och kan fungera som en katalysator till förändringar. Genom MI kunde patienterna öka sitt medvetande och sin uppskattning av läkemedel [30]. Det kan då spekuleras ifall denna medvetenhet och uppskattning också kan tillgodoräknas för sjuksköterskans arbete och de hjälpmedel som hen använder sig av. Rapp et al. [29] visar att MI inte fungerar som metod till förbättring för andra behandlingsmetoder, förutom hos personer med högre utbildningsnivå. Personer med alkoholmissbruk visade ingen förbättring i något avseende [29]. I studierna av Rapp et al. [29] och Berman et al. [30] befinner sig deltagarna redan under behandling och detta kan ha påverkan på deras motivation och då effekten av MI interventionen.

Smedslund et al. [32] visar i sin studie att personer som inte får någon annan behandling än MI, får med hjälp av MI en förbättrad påverkan av omfattningen på sitt missbruk. Däremot kan det inte påvisas att personer med andra behandlingsformer förbättrar omfattningen med ytterligare hjälp av MI [32]. Detta anser författarna vara på grund av att det framkommit ur de granskade artiklarna att individer som redan befinner sig under behandling har den motivation till förändring som MI annars kan ge. Det kan också bero på patienters upplevelse av motivation sviktar på grund av tilliten till behandlingen. Thom et al. [25] visar att patienter med låg tillit däremot anser att de inte får den behandling de efterfrågar [25]. Watson [12] säger att för skapandet av tillit som genererar ett bättre resultat av behandlingen behöver sjuksköterskan bygga upp en relation till patienten där denne blir förstådd och bekräftad i sin oro. I relationen mellan sjuksköterskan och patienten är det viktigt att se patientens subjektiva verklighet som påverkar motivationen och anledningar till att patienten söker vård [12].

Författarna anser att MI som komplement inte fungerar tillfredställande. MI fungerar bättre som en egen metod för att själv komma fram till förbättringsidéer. Däremot kan resultatet påverkas då personer med missbruk och beroende har en samsjuklighet. Verhaeghe och Bracke [24] visar i sin studie att samsjukligheten påverkar också tilliten till vårdgivaren då det visat sig att patienter med psykostiska störningar känner sig mindre tillfredställda i behandlingen, ju mer tillit ger desto högre tillfredsställelse [24].

Enligt VG-regionen [6] har mellan 25-60% av missbrukare psykisk samsjuklighet [6]. Detta kan då påverka resultatet av MI behandlingen då dessa redan från början har en svagare tillit till vården och på så sätt känner sig mindre tillfredställda av behandlingen.

KONKLUSION

Resultatet från fyra stycken studier [23][24][25][26] visar att patienter inom beroende-missbruksvård känner en låg tillit till vården inför besöket som beror på upplevelser av särbehandlas och nedvärderas. Resultaten från dessa studier visar på vikten av att skapa tillit tidigt i vårdrelationen. Detta för att motverka känslan av utanförskap och försämrade upplevelse av vården. Tillit till vården och vårdgivaren visar att samspelet mellan vårdgivaren och patienten blir bättre och patienten är mera följsam i behandlingen.

Tillitens betydelse inom missbruk och beroende vården har visat sig vara av stor vikt för hur man upplever den vård och omsorg man får. Utan en fungerande tillit mellan patient och vårdgivare är det svårt att få en fungerande relation som leder vården framåt. Detta därför att patienter med missbruk och beroende problematik har en större misstro och avståndtagande till vårdgivaren från början i relationen. Vid användandet av MI i vården är det viktigt att rätt person utför samtalet, därför kan det vara av stor vikt att sjuksköterskan har den rätta kompetensen för att bedriva denna form av samtal. Sjuksköterskan är oftast den person i patientens närhet som har den dagliga vårdkontakten. Det är också viktigt att patienten som får behandlingen är mottaglig för samtal, annars är MI ett bortkastat arbetssätt. CM har en förbättrande effekt på organisationen runt omkring patientens vårdkontakter, det ökar patientsäkerheten då olika vårdinstanser har kontakt med varandra tack vare CM. När patienten får en ökad kontakt och upplever att vården tar ansvar och bekräftar patienten så ökar samtidigt tilliten till vården. Eftersom missbruk och beroendepatienter ofta återkommer till vården är det en förutsättning att de har en tillit till sin behandling och behandlare. Case managern kan skapa denna tillit vid en första vårdkontakt. Tillit skapar en följsamhet och tillfredställelse i vården för patienten.

Om vi jämför de två arbetssättens påverkan på tillit så kan vi se att CM påverkar patientens tillit till vårdorganisationen och då även vårdpersonalen. Tittar vi sedan på MI så ser vi att det inte är en direkt påverkan på patientens tillit till vården men däremot så har MI en positiv effekt för interaktion till behandling. Författarna anser att dessa två arbetssätten ger patienten tillit på skilda sätt och där med inte utesluter varandra utan tvärtom skall användas tillsammans i patientens vårdorganisation.

Förbättringsidéer i sjuksköterskans arbete med missbruk och beroendevård utifrån tabell 2.

- Dela kunskap och forskning mellan vårdpersonal och andra närliggande yrkeskategorier
- Inkludera MI i sjuksköterskeutbildningen
- Arbeta för att behandla individens alla hälsoproblem vid samsjuklighet
- Bekräfta patienten och acceptera patienten som en individ
- Undvika stigmatisering av patienternas problematik

REFERENSER

1. Fries B. Milton A. Missbruk och samtidig psykisk sjukdom. En programförklaring i 10 punkter. Stockholm: Statens offentliga utredningar, 2005
2. Beroendecentrum Stockholm. Behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av samtidigt missbruk och psykisk störning - Lokal instruktion, Stockholms läns landsting: 2012-08-15. 33 s.

3. Nyhlén A, Fridell M, Hesse M, Krantz P. Causes of premature mortality in Swedish drug abusers: A prospective longitudinal study 1970-2006. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2011 Feb 18 (2011) 66e72.
4. Ravndal E. J. Amundsen E. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010; 108(1-2):65-69
5. Beroende och missbruk [webbsida]. Stockholm: Beroendecentrum Stockholm; 2012-05-22. [läst 2012-10-01] Tillgänglig: <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Beroende-och-missbruk/>
6. Psykiatrisk samsjuklighet [webbsida]. Vänersborg: Västra Götalandsregionen; 2012-07-30. [läst 2012-10-24] Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Alkohol-och-andra-droger---kunskapsstod/Psykiatrisk-samsjuklighet/>
7. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet
8. Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet.
9. Psykiatriska Riksföreningen, Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård. Göteborg: Psykiatriska Riksföreningen, 2008
10. Skärsäter I. Psykisk ohälsa. I: Edberg A.K. Wijk H (red.). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Kristianstad: Studentlitteratur, 2009. s.711-748
11. Wiklund Gustin L. Substansberoende. I: Skärsäter I (red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB; 2010. s.121-146
12. Watson J. *Nursing the philosophy and science of caring*. Niwot: University Press of Colorado; 1985
13. Sachs L. *Tillit som bot - Placebo i tid och rum*. Lund: Studentlitteratur, 2004
14. Johansson I. *Vårdmiljön - Spelar det någon roll*. I: Skärsäter I (red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB; 2010. s.339-356
15. Socialstyrelsen. *Metod på drift - En studie om implementeringen av en nationell utbildningssatsning om Case Management enligt ACT-metoden för personer med psykiskt funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011
16. Piuva K. Lobos C. *Case management - Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan mellan vård och socialtjänst*. Stockholm: Ersta-Sköndal Högskola, 2007
17. Nationell psykiatrisamordning 2005-2007 [webbsida]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. [läst 2012-09-26] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007>
18. Mattsson M. *Psykos*. I: Skärsäter I (red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB; 2010. s.95-120
19. *MI motiverande samtal praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Ivarsson H B, Gothia förlag Stockholm 2010 kap 2 Vad är MI?
20. Rollnick S. Miller W. *Motiverande samtal, Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur och kultur, 2010.
21. Östlundh L. *Informationssökning*. I: Friberg F (red.). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. s.45-70
22. Willman A. Stoltz P. Bahtsevani C. *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur; 2011
23. Merrill J.O. Rhodes L.A. Deyo R.A. Marlatt G.A. Bradley K.A. Mutual mistrust in the medical care of drug users: The keys to the "Narc" cabinet. *Journal of General Internal Medicine*, 2002;17(5):327-333
24. Verhaeghe M. Bracke P. Stigma and trust among mental health service users. *Archives of psychiatric nursing*, 2011;25(4):294-302

25. Thom D.H. Kravitz R.L. Bell R.A. Krupat E. Azari R. Patient trust in the physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 2002;19(5):476-483
26. Redko C. Rapp R.C. Elms C. Snyder M. Carlson R.G. Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2007;39(3):241-250
27. Vanderplasschen W. De Bourdeaudhuij I. Van Oost P. Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: An evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*, 2002;8(1):10-21
28. McLellan A.T. Weinstein R.L. Shen Q. Kendig C. Levine M. Improving continuity of care in a public addiction treatment system with clinical case management. *American Journal on Addictions*, 2005;14(5):426-440
29. Rapp R.C. Otto A.L. Lane T. Redko C. McGathab S. Carlson R.G. Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008; 94:172–182
30. Berman A.H. Forsberg L. Durbeej N. Källmén H. Hermansson U. Single-session motivational interviewing for drug detoxification inpatients: Effects on self-efficacy, stages of change and substance use. *Substance Use & Misuse*, 2010; 45(3):384–402
31. Callaghan R.C. Taylor L. Moore B.A. Jungerman F.S. Vilela F.A. Budney A.J. Recovery and URICA stage-of-change scores in three marijuana treatment studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2008;35(4):419–426.
32. Smedslund G. Berg R.C. Hammerstrøm K.T. Steiro A. Leiknes K.A. Dahl H.M. Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 2011; 5, pp

BILAGOR

BILAGA 1

Artikelsammanställning

Referens nr: 29

Titel:	Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing
Författare:	Rapp R.C. Otto A.L. Lane T. Redko C. McGathab S. Carlson R.G.
Syfte:	Undersöka ifall CM och MI förbättrar missbruksvården.
Metod:	En kvantitativ klinisk interventionsstudie av 678 missbrukare som undersöker två stycken olika interventioners påverkan på behandlingen. Dessa två metoder var MI och CM.
Urval:	678 patienter som vårdas för sitt missbruk
Tidskrift:	Drug and Alcohol Dependence
Tryckår:	2007
Antal referenser:	46
Land:	USA

Referens nr: 30

Titel:	Single-session motivational interviewing for drug detoxification inpatients: effects on self-efficacy, stages of change and substance use
Författare:	Berman A.H. Forsberg L. Durbeej N. Källmén H. Hermansson U.
Syfte:	Undersökning efter hypotes att MI kan ge ökad effekt vid drogavvänjning. Med en ensam MI intervention se vad för förändring detta har efter en tre månaders period.
Metod:	Patienter blev indelade i två grupper MI och vanlig behandling för att sedan jämföra resultat.
Urval:	585 registrerade unika patienter. 198 exkluderas
Tidskrift:	Substance Use & Misuse
Tryckår:	2010
Antal referenser:	30
Land:	Sverige

Referens nr: 27

Titel: Co-Ordination and Continuity of Care in Substance Abuse Treatment

Författare: Vanderplasschen W. De Bourdeaudhuij I. Van Oost P.

Syfte: Studera olika aspekter av kordination och samordning inom missbruksvården.

Metod: Strukturerade intervjuer

Urval: 31 stycken nyckelpersoner inom missbruksvård har intervjuats.

Tidskrift: European Addiction Research

Tryckår: 2002

Antal referenser: 53

Land: Belgien

Referens nr: 32

Titel: Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane database of systematic reviews

Författare: Smedslund G. Berg R.C. Hammerstrøm K.T. Steiro A. Leiknes K.A. Dahl H.M. Karlsen K.

Syfte: För att bedöma effekten av MI för att stödja insatser mot missbruk.

Metod: Litteraturstudie på artiklar hämtade från Chocrane, Medline, Embase, Pschyinfo.

Urval: Studier som var publicerade efter 1983 då MI introducerades. Exkluderade studier där patienter ko från akutmottagningar

Tidskrift: The Cochrane collaboration

Tryckår: 2011

Antal referenser: 11

Land: Norge

Referens nr: 24

Titel: Stigma and Trust Among Mental Health Service Users

Författare: Verhaeghe M. Bracke P.

Syfte: Studien undersöker hur stigmatiseringen bland psykiskt sjuka påverkas av tilliten till vårdpersonalen.

Metod: Kvantitativ artikel
Urval: Av 215 kliniker valdes sedan 46 ut, 10 stycken kliniker hoppade av så det återstod 36 stycken när studien startade.
Tidskrift: Archives of Psychiatric Nursing
Tryckår: 2011
Antal referenser: 43
Land: Belgien

Referens nr: 28

Titel: Improving Continuity of Care in a Public Addiction Treatment System with Clinical Case Management
Författare: McLellan A.T. Weinstein R.L. Shen Q. Kendig C. Levine M.
Syfte: Att förbättra kontinuiteten med case manager I den offentliga missbruksvården
Metod: Kvantitativ artikel
Urval: 890 patienter
Tidskrift: The American Journal on Addictions
Tryckår: 2004
Antal referenser: 19
Land: USA

Referens nr: 26

Titel: Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers
Författare: Redko C. Rapp R.C. Elms C. Snyder M. Carlson R.G.
Syfte: Förstå kopplingen mellan missbrukspatienter och metoden CM
Metod: Kvalitativ metod för att undersöka hur missbrukare kunde använda sig av CM.
Urval: 26 personer
Tidskrift: Journal of Psychoactive Drugs
Tryckår: 2011
Antal referenser: 48
Land: USA

Referens nr: 23

Titel: Mutual mistrust in the medical care of drug users. The keys to the Narc cabinet

Författare: Merrill J.O. Rhodes L.A. Deyo R.A. Marlatt G.A. Bradley K.A.

Syfte: För att bättre förstå de ofta svåra förhållandena mellan missbrukande patienter och deras läkare, försökte de identifiera viktiga frågor som uppstår under deras interaktioner.

Metod: Explorativ kvalitativ analys av data från direkt observation av patientens vård interaktioner och intervjuer med missbrukande patienter och deras läkare.

Urval: Nitton patienter som nyligen aktiv använt droger, främst opiatmissbruk, och deras åtta läkarlag.

Tidskrift: Journal of General Internal Medicine

Tryckår: 2002

Antal referenser: 49

Land: USA

Referens nr: 25

Titel: Patient trust in the physician: relationship to patient requests

Författare: Thom D.H. Kravitz R.L. Bell R.A. Krupat E. Azari R.

Syfte: Att testa en hypotes om att patienter med låg tillit till sin vård ansåg att de inte fick den hjälp de ansåg sig behöva

Metod: En observationsstudie

Urval: Engelsktalande personer över 18 år som hade hälsoproblem.

Tidskrift: Family practice

Tryckår: 2002

Antal referenser: 10

Land: England
