



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH
HÄLSA

VÅRD AV SUBSTANSBRUK INOM PRIMÄRVÅRDEN: SJUKSKÖTERS KANS ROLL OCH ANSVAR

Matilda Nylander och Linda Johansson

Examensarbete:	Magisteruppsats, 15hp
Programs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Titel svensk:	Vård av substansbruk inom primärvården: Sjuksköterskans roll och ansvar.
Titel engelsk:	Health care of substance abuse within primary care: The nurses care and responsibility
Examensarbete:	Magisteruppsats, 15 hp
Program:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	Psykiatrisjuksköterskor, sjuksköterskor, primärvård, substansbruk, substansbrukssyndrom, nursing intervention

Sammanfattning

Bakgrund: Sjuksköterskeprofessionen är mångsidig särskilt inom primärvården som ansvarar för första linjens vård för ett brett panorama av diagnoser som patienter söker för. Patienter med psykisk ohälsa är en allt större grupp bland de sökande och det är därför av stor vikt att det inom primärvården finns specialistsjuksköterskor med psykiatrisk kompetens. Personer med missbruk och beroendetillstånd har rätt till olika samhällsinsatser. Kommuner och Regioner har utifrån sina ansvarsområden ett gemensamt ansvar för att erbjuda stöd och behandling till personer med substansbruk. En viktig del i sjuksköterskans arbete inom primärvården är att upptäcka, kartlägga och att stödja patienter till rätt vårdnivå.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vård av patienter med substansbruk inom primärvården

Metod: Examensarbetet baseras på åtta semistrukturerade intervjuer varav fyra med specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor och samtliga arbetar på vårdcentral i Västra Götalandsregionen. Analys av intervjuer har gjorts med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats.

Resultat: Analysprocessen ledde fram till tre kategorier med underkategorier. De kategorier som framkom var; *att bedöma patientens substansbruk, att möta svåra och komplicerade situationer och att påverkas av verksamhetens organisation.*

Slutsats: Resultatet av studien visade att det finns förbättringspotential för sjuksköterskors omvårdnadsperspektiv inom primärvården i Västra Götalandsregionen. Genom att förstärka med specialistutbildade sjuksköterskor med kompetens inom psykiatri och ett ökat samarbete

med läkare är det möjligt att spara på läkarresurser. Bemötande och omvårdnad av patienter med psykisk ohälsa och missbruk som har en svår komplexitet skulle förbättras. Sjuksköterskorna i studien efterfrågade utbildningsmöjligheter för att öka sin egen kunskap, specialistutbildade kolleger med erfarna inom psykiatri och organisatorisk struktur som främjar samverkan med läkarprofessionen för att kunna möta patientbehovet. Det skulle öka förståelsen till patienter med substansbruk och även stärka sjuksköterskan som profession.

Nyckelord: psykiatrisjuksköterska, sjuksköterska, primärvård, substansbruk, substansbrukssyndrom, sjuksköterskeintervention

Abstract

Background: The nursing profession is miscellaneous, especially in primary care, which is responsible for first-line care for a wide panorama of diagnoses. Patients with mental illness are an increasingly large group among those seeking medical care. It is therefore of great importance that there are specialist nurses with psychiatric competence in primary care. People with substance abuse and addiction have the right to various community interventions. Based on their areas of responsibility, municipalities and regions have a joint responsibility for offering support and treatment to people with substance use. An important part of the nurse's work in primary care is to discover, map and support patients to the right level of care.

Aim: Health care of substance abuse within primary care: The nurses care and responsibility

Method: The study is based on eight semi-structured interviews, four were mental health nurses, and the participants worked within primary health care centers in Västra Götaland. The interviews were analyzed according to qualitative content analysis with an inductive approach.

Results: The analytic approach presented in three categories with nine sub-categories; *Assess substance use, to face and assess complicated situations, to be affected by the organization*

Conclusion: The overall conclusion throughout the study is that the nursing care within primary health care in Västra Götalandsregionen has potential for increasing the quality of nursing care and spare medical resources. The patient clientele is a complex patient group and without experience or knowledge the nursing care fails. The nurses expressed a need for education, experienced staff members primarily other nurses, and organizational structure to be able to meet the patient's needs. This will increase the understanding towards patients with substance use and strengthen the nurses profession.

Key words: mental health nurse, nurse, primary health care, substance abuse, substance use disorder, nursing intervention

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till samtliga sjuksköterskor som deltog i examensarbetet med sina tankar och reflektioner om patienter med substansbruk. Även ett stort tack till vår handledare Lena Johansson för ett fint stöd och handledning under examensarbetets gång.

Göteborg, december 2022.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Abstract	3
Förord	4
Innehållsförteckning	5
Inledning	1
Bakgrund	1
Substansbruksrelaterat beroende	1
Beroendeframkallande substanser	2
Screening och tidig upptäckt	3
Organisation av beroendevård	3
Primärvårdens ansvarsområde	4
God och nära vård	5
Sjuksköterskans yrkesroll	6
Yrkesmässig professionalism	6
Interaktionell omvårdnadspraktik	6
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska övervägande	11
Resultat	11
Tidig upptäckt	12
Att arbeta med kontinuerliga vårdkontakter	12
Att förebygga i tid	13
Strukturerad bedömning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Att stödja patient till behandling	14
Att möta svåra och komplexa situationer	15
Göra komplexa insatser	15
Hantera ett otydlig uppdrag	16

Att sakna kunskap och erfarenhet	17
Påverkas av verksamhetens organisation	17
Samarbete med andra	18
Oklar rollfördelning	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats, kliniska implikationer och framtida forskning	24
Referenslista	26
Bilaga 1	30
Bilaga 2	31
Bilaga 3	33

Inledning

Sjuksköterskeyrket innebär att upprätthålla och utveckla kompetens, erfarenhet, etiskt perspektiv och teamarbete med arbetsledning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Specialistjuksköterskan inom psykiatrisk omvårdnad ska kunna bedöma, observera och vidta lämpliga åtgärder till komplexa vårdbehov (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Professionen är mångsidig och inom primärvården, som första linjens vård, är det av stor vikt att ha bred kompetens för att möta det ökade inflödet av patienter med psykisk ohälsa. Inom primärvården i Västra Götalandsregionens beräknas omkring 145 000 personer per år söka vård för psykisk ohälsa (RMR, 2020b). Det är en stor utmaning för sjuksköterskor att ha den kompetensen som krävs för att erbjuda dessa patienter de bemötande och den vård de är i behov av. Det finns således stort behov av sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri inom primärvården. Det skulle även bidra till att avlasta läkarresurser.

Syftet med examensarbetet är att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av vård av patienter med substansbruk inom primärvården. Åtta stycken sjuksköterskor intervjuades varav fyra var specialistutbildade inom psykiatrisk vård vilket belyste skillnad i vården som bedrivs inom primärvården. Vid ökad kompetens och resurser att möta patienter med substansbruk identifierades mer jämlik vård.

Bakgrund

Substansbruksrelaterat beroende

Beroende är ett sjukdomstillstånd orsakat av återkommande användning av psykoaktiva substanser till exempel alkohol, illegala droger eller narkotikaklassade läkemedel (Nylander, 2015). Beroende karaktäriseras av tillvänjning av substansen och ökad tolerans. Intaget blir svårstyrt, tvångsmässigt och kan istället leda till uppkomst av negativa symtom om intaget avbryts eller minskar. Abstinenssymtomen kan innehålla både psykiska symtom som till exempel ångest och irritabilitet. Dessutom finns fysiska som darrningar, illamående och kramper (Franck & Nylander, 2015). Vid beroende påverkas hjärnans belöningssystem, de ursprungliga belönings effekterna minskar och istället uppkommer negativa effekter som drogsug och abstinens om substansen inte intas. Personens viljeliv blir underordnad drogen när intaget av substansen övergår till ett måste och drogen tenderar till att dominera personens ekonomiska och sociala liv (Nylander, 2015., Bolshakova, 2019).

I Sverige används två diagnossystem för att identifiera missbruk och beroende. International Statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and Statistical methods of Mental disorders (DSM) (Socialstyrelsen, 2019). DSM används inom forskning och viss mån inom psykiatrisk verksamhet. Primärt nyttjas ICD-10 vid diagnostisering inom hälso- och sjukvården. Båda diagnossystemen har substansberoende där definitionerna till stor del överensstämmer. Skillnaden mellan dessa system är diagnosen

skadligt bruk i ICD vilken benämns som diagnos missbruk i DSM. I ICD finns kriterier för skadligt bruk och beroende, det som avgör diagnossättning är antalet uppfyllda kriterier. Dessa kriterier är snarlika med DSMs kriterier. Dock framgår att DSMs kriterier ska uppfyllas under en och samma tolv månadersperiod (Socialstyrelsen, 2019).

Substansbrukssyndrom är en terminologi som har införts för att fånga in omfattningen av problem som är relaterade till substansbruk (Herlofson & American Psychiatric Association, 2014). Syndromet omfattar 10 separata klasser av substanser såsom alkohol, opioider, sedativa- och anxiolytiska substanser. Dessa droger har gemensamt att om de brukas aktiveras belöningssystemet i hjärnan som påverkar och förstärker beteenden i förhållande till substansbruk samt bortfall av normala beteenden. Substansbrukssyndrom delas upp i två grupper, *substansbetingat syndrom* i.e intoxikation och abstinens och *substansbrukssyndrom* i.e drogberoende där substansklassificering och svårighetsgradering genomförs. Svårighetsgrad av substansrelaterade- och beroendesyndrom definieras från lindrig, medelsvår och svår. (Herlofson & American Psychiatric Association, 2014).

Vid en statlig översyn som genomfördes 2009-2011 framkom att omkring 780 000 personer >18 års ålder har ett missbruk eller beroende av alkohol, och uppskattningsvis 330 000 har ett utvecklat beroende (Socialstyrelsen, 2019). Uppskattning av tungt alkoholmissbruk är cirka 80 000 personer med alkoholdiagnos. Det framkommer att skattning på 55 000 personer har ett missbruk eller beroende av narkotika från diagnostisering av hälso-och sjukvården eller klassificering av kriminalvården. Vid läkemedelsmissbruk eller beroende noteras uppskattning av 45 000-65 000 personer. Primärt äldre personer, >65 års ålder, vårdas inom specialiserad öppen- eller slutenvård på grund av sitt alkoholmissbruk. Det ses samband mellan ökat alkoholmissbruk i relation till dokumenterade diagnoser. Detta gäller såväl kvinnor som män. Det sågs en markant ökning av narkotikarelaterade dödsfall 2013-2014 i Sverige. År 2016 noterades minskning av dödsfall relaterat till läkemedel eller narkotikaförgiftning och primärt vanligare bland män än kvinnor. Vanligaste substansen är opioider som är dödsorsaken vid läkemedels- eller narkotikaförgiftning (Socialstyrelsen, 2019)

Beroendeframkallande substanser

Det finns flera olika substanser som kan orsaka skadligt bruk och beroendeproblematik. Gemensamt för beroendeframkallande substanser är att de i olika grad överaktiverar hjärnans belöningssystem och på sikt leder till ökad tolerans (Franck & Nylander, 2015). Dosökning krävs för att nå önskvärd effekt och vid avbrutet intag tilltar negativa abstinenssymtom som yttrar sig både fysiskt och psykiskt (Franck & Nylander, 2015).

Etylalkohol verkar i låga doser avslappnande och ger förhöjd grundstämning medan effekten av högre doser blir mer sövande och sederande (Söderpalm, 2015). Inom alkohol används förutom skadligt bruk och beroende även begreppet riskbruk, vilket inte är en diagnos utan syftar till ett alkoholbruk med ökad risk för kroppslig och psykisk skada. För att alkoholintag

ska bedömas som skadligt bruk eller beroende behöver diagnoskriterierna enligt ICD 10 uppfyllas (Socialstyrelsen, 2019).

Narkotika såväl illegala som receptförskrivna har sedan lång tid tillbaka använts på grund av sin berusande, smärtstillande och medicinska effekt (Eriksson, 2018). Till opioider räknas både de syntetiskt framställda och de som utvinns ur opiumvallmon. Gemensamt är att de verkar på opioidreceptorer i centrala nervsystemet (Eriksson, 2018). Opioidberoende karakteriseras av symtom som sug, tolerans och förlust av kontroll. Vid skadligt bruk eller beroende nyttjas drogen snarare för att undvika obehag och abstinens istället för att uppnå belöning (Hoffman, 2015).

Andra narkotikaklassade läkemedel såsom bensodiazepiner används främst för att lindra ångest, sömnproblematik och som muskelavslappnande läkemedel (Sveriges kommuner och regioner, 2019). Användningen av bensodiazepiner medför ökad risk för utveckling av tolerans och beroende. Beroende visar sig främst i att det blir svårt att upphöra med användandet och upplevelse av abstinens vid ordinerad eller minskad dos (Socialstyrelsen, 2019).

Screening och tidig upptäckt

Riskbruk av alkohol eller andra droger påverkar ofta individen negativt. Tidig upptäckt är avgörande då det ihop med tidigt stöd kan göra skillnad i substansrelaterade skador (Clossick & Woodward, 2014., Lacey, 2012). Aktiv screening ökar möjligheten att upptäcka riskbruk innan det blivit ett skadligt bruk eller beroende och tidig behandling minskar risken för somatiska och psykiatriska följder (Sveriges kommuner och regioner, 2019). En ökad kunskap kring risker vid förskrivning av narkotikaklassade substanser är av vikt (Bolshakova, 2019). Där upprättande av behandlingsmål och förväntningar kan förebygga skadligt bruk (Denis, 2019., Bolshakova, 2019).

Utredning av substansbrukssyndrom delas in i tre faser. Inledningsvis uppmärksammas och ställs frågan om substansbruk i stöd av screeningformulär såsom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) och Drug Use Disorders Identification Test (Dudit) (RMR, 2021). Vidare görs utredning med anamnes, droganalys, beslut om behandling och upprättande av vårdplan. Om tyngre substansbruk identifieras görs fördjupad utredning (RMR, 2020c). Där kartläggs samsjuklighet, bruk av andra substanser samt social och psykisk funktionsnivå utreds (RMR, 2020c).

Organisation av beroendevård

Personer med missbruk och beroendetillstånd har rätt till olika samhällsinsatser, beroende på tillståndets allvarlighetsgrad. Kommuner och Regioner har utifrån sina ansvarsområden gemensamt ansvar för att erbjuda stöd och behandling till personer med substansbruk (Socialstyrelsen, 2019). Organisation och uppdelning av dessa insatser styrs av olika styrdokument. Vård- och insatsprogrammen (Sveriges kommuner och regioner, 2019) är ett

nationellt system för organisation och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvårdens insatser, i syfte att ge förutsättningar för likvärdig vård. De utgår bland annat från de nationella riktlinjerna och är utformade för att möta behovet av kunskap i vårdmötet (Sveriges kommuner och regioner, 2019). För varje region finns dessutom regionala medicinska riktlinjer (RMR, 2022) som gäller primärvårds- som specialistenheter, gällande utredning och behandling (RMR, 2022).

Kommunens socialtjänst kan ge stöd i form av förebyggande insatser och ska sörja för att den enskilde får den vård och stöd den behöver. Kommun och region ska samverka för bästa vård kring personer med substansbruk (Socialtjänstlagen, 2001: 453). Specialistsjukvården ansvarar för patienter med komplex sjukdomsbild samt där primärvårdens insatser inte gett resultat. Övergång till specialistvård från primärvård ska ske utan onödiga hinder, vården ska vara personcentrerad och utgå från personens behov och önskemål. (RMR, 2022).

Primärvårdens ansvarsområde

Som första linjens psykiatri möter primärvården patienter med komplexa vårdbehov med samsjuklighet inom såväl psykiatri som somatik (Janlöv m.fl., 2018). Primärvårdens uppgift är att upptäcka, utreda och behandla psykiatriska tillstånd (bilaga 1) såvida inte allvarlig psykisk samsjuklighet eller blandberoende föreligger (RMR, 2022). Vid beroendeproblematik inom landstingets vårdcentraler finns centralt tydligt uppdrag som innefattar samverkan mellan huvudmän och vårdnivåer för att bistå patienter fullgod vård och behandling (Socialstyrelsen, 2016). Vilka insatser som prioriteras och inkluderas i primärvårdens uppdrag påverkas av tillhörande landsting och kan se olika ut. Primärvården, som första linjens psykiatri, organiserar själva kompetenskrav till personal och hur hälso- och sjukvården bedrivs (Socialstyrelsen, 2016). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2020:1043) har vidare angett ramar för hur regioner och kommuner ska bedriva vård. En ny definition av grunduppdraget inom primärvården har trätt i kraft 20210701 för mer jämlik och enhetlig vård. Primärvården svarar bl.a. för åtgärder, omvårdnad, medicinsk bedömning, preventivt arbete som inte kräver annan särskild kompetens, tekniska och/eller medicinska resurser (SFS 2020:1043).

Vårdsamordnare inom psykisk ohälsa är en funktion som ses som relativt nyttillkommet på svenska vårdcentraler. Denna tjänst innebär ansvar att tillgodose vård av hög kvalitet där patienten med psykisk ohälsa ska delta i utformning av vårdplan ur personcentrerat synsätt (Björkelund m.fl., 2020). Vårdsamordnaren ska ha omvårdnadskunskap, medicinsk kunskap, beteendevetenskaplig kunskap samt organisations- och ledningskunskap. Den vård som bedrivs inom primärvården är komplex och har stor bredd, såväl diabetes, hjärt- kärlsjukdom och psykisk ohälsa såsom depression och ångestsyndrom. Detta ställer krav på vårdsamordnaren att vidhålla bredd i kompetens inom sitt arbetsuppdrag via primärvårdens organisation. Detta visar för ett komplext vårduppdrag i relation till behovsbild av kompetens till patienter med psykisk ohälsa. Vårdsamordnaren ska även beakta primärvårdens uppdrag i relation till specialistvård/sluten- eller öppenvård i beslutsfattning av omvårdnadsinsatser. Vidare funktion är att te sig likt spindeln i nätet i samordning av vård och omvårdnad där samverkan

sker inom vårdteamet tillsammans med patient. Vårdcentralen har stort ansvar som ska tas efter respektive förutsättning och vårdsamordnaren ska beakta omkringliggande resurser i samhället (Björkelund m.fl., 2020).

Inom Västra Götalandsregionen beräknas omkring 145 000 människor per år söka till primärvården för vård och diagnosättning för psykisk ohälsa. (RMR, 2020b) Vilket indikerar behovsbild av vårdsamordnare med teamsamverkan och stor prioritet för vård vid depression, ångestsyndrom och stressyndrom av mild till måttlig svårighetsgrad. Vid uppföljning/kartläggning av denna patientgrupp ska självskattning exempelvis Generalized Anxiety Disorder 7(GAD-7), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S), AUDIT och DUDIT genomföras (RMR, 2020b). Både primärvård och specialistpsykiatri ska kunna genomföra utsättning och nedtrappning av bensodiazepiner. Ansvaret faller på den enhet som förskrivit preparatet och vid blandberoende och vid allvarlig psykisk sjukdom ska konsultation med specialistpsykiatri ske (RMR, 2020a).

Det har visat sig ha stor betydelse att nyttja sjuksköterskors kompetens i patientmöten för att vidare screena för alkoholbrukssyndrom och dess svårighetsgrad med olika instrument (Halloway, 2015). Sjuksköterskor kan även använda Brief intervention som terapeutisk sjuksköterskeintervention och under vårdinsatser erbjuda patienter personcentrerad psykoedukation. Sjuksköterskor som har erfarenhet av egna bedömningar av substansbruk får större förståelse för beteendeförändringar. Vidare kan samtalsteknik som motiverande samtal användas om Brief intervention ej ger önskvärd effekt (Halloway, 2015., Lacey, 2012).

God och nära vård

Primärvårdens uppdrag är i förändring. God och nära vård 2022, innebär omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Målet är att skapa god och jämlik hälsa genom närmare, jämlik och mer tillgänglig vård (SOU 2021:6). I god och nära vård ingår utveckling av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, vilket även innefattar överflytt av resurser som kompetens och utbildning (SOU 2021:6.). Detta då primärvården ska kunna erbjuda och bedriva högkvalitativ vård med den kompetens som behövs. Personer som söker hjälp för psykisk ohälsa behöver mötas med trygghet, förståelse och kompetens. För detta krävs nya arbetssätt och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården. Detta genom effektiv samverkan mellan olika aktörer och med utgång från den enskildes behov. Primärvården behöver samverka med specialistvård, kommun och socialtjänst (SOU 2021:6).

En utredning tillsattes av regeringen för samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68) Utredningens syfte är att skapa förutsättningar vid samsjuklighet och erbjuda samordnad vård (SOU 2021:6).

Sjuksköterskans yrkesroll

Sjuksköterskans yrkesprofession innefattar fyra huvudområden som är grunden för vägledning av ställningstaganden och agerande ur ett etiskt perspektiv. Dessa fyra huvudområden syftar till att främja och återställa hälsa enligt International Council of Nurses (ICNs) etiska kod för sjuksköterskor (2017). Sjuksköterskor har ett självständigt ansvar för implementeringsarbete och fastställande av evidensbaserade riktlinjer för omvårdnadens praktik, forskning, ledning och utbildning. Detta innefattar även att vidhålla utvecklingsarbete och upprätthållning av omvårdnadens värdegrund som i sig försvarar det unika människovärdet hos enskild individ. Sjuksköterskor ska bedriva personcentrerad vård, vidhålla pedagogiska- och psykoedukativa insatser och ledarskap ur ett helhetsperspektiv för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Specialistsjuksköterskan med inriktning psykiatrisk vård ska hålla central medverkan i en humanistisk psykiatrisk hälso- och sjukvård som sker på lika villkor (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Omvårdnad inom psykiatrisk vård syftar till att bistå patienter med egen förståelse via psykoedukation till sin unika psykiska ohälsa i samverkan med patient. Inom verksamheten ska specialistsjuksköterskan initiera erfarenhetsutbyte och bistå med reflekterande samtal ur ett omvårdnadsperspektiv. Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk omvårdnad ska även ha förmåga att bedöma, observera och vidta lämpliga åtgärder till komplex vårdbehov (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Yrkesmässig professionalism

Psykiatrisjuksköterskan ska bedriva och uppmuntra till den personcentrerade- och återhämtningsinriktade omvårdnaden (Wiklund Gustin, 2019). Detta innefattar fler perspektiv inom professionens vetenskapliga grund och såväl ansvarsområden som specialistsjuksköterska ska ha i beaktning. Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård ansvarar för att bistå personer med psykisk ohälsa via omvårdnad till meningsfullt och gott liv. Detta innebär att omvårdnaden syftar till att främja hälsoprocesser, arbeta för allas lika värde, motarbeta stigmatisering och iakttäta det samhällseliga sammanhang personen befinner sig i. I förståelse till sin egna professions vetenskapliga grund ska psykiatrisjuksköterskan kunna utforma och genomföra adekvat omvårdnad i relation till personens unika och/eller komplexa behovsbild. Samtidigt som psykiatrisjuksköterskan ska följa säker evidensbaserad vård som sker i samarbete med den unika personen i beaktning av hur psykisk ohälsa påverkar dess liv i aktuell livssituation. Vid såväl planering som utförandet av omvårdnad är det av vikt att specialistsjuksköterskan gör adekvat bedömning och är pragmatisk, vad fungerar här och nu och även vidhåller en fenomenologisk hållning (Wiklund Gustin, 2019).

Interaktionell omvårdnadspraktik

Den interaktionella omvårdnadspraktiken som utgår från Scheels teori grundar sig i omvårdnadsbundna situationer och dess praktiska utföranden (Scheel, 1996). Utförandet görs i relation till tre olika handlingssätt som aktualiseras i relation till kontext och till den enskilda patientens historiska dimension. Dessa tre handlingssätt namnges med kognitiv-

instrumentella, estetisk-expressiva och moraliskt-praktiska handlingssätt. Detta innebär förmåga att se patienten i sitt sammanhang och inte utgå från till exempel medicinskt sjukdomsfall. Den kvalificerade omvårdnadsprofessionella bedömningen har avgörande betydelse i relation till patientens historiska dimension samt vilka handlingar som är aktuella att utföra i praktiken. Inom omvårdnaden finns det grundläggande värdekriterier som grundar de professionella bedömningarna (Scheel, 1996). Bedömningarna som genomförs av sjuksköterskor ska ske i relation till positivistisk och relativistiskt tänkande. Detta innebär att bedömningen inte grundar sig i sjuksköterskans privata subjektiva uppfattning utan värderas utifrån situation, problem eller fråga- som förändras i förhållande till problem och/eller situation. I den interaktionella omvårdnaden grundas sjuksköterskans beslutsfattning på insikt, kunskap och förståelse i relation till att handla etiskt (Scheel, 1996).

Även i den interaktionella omvårdnadspraktiken framkommer vikt av diskurs eller dialog med samarbetspartners. Denna dynamiska process inkluderar olika yrkeskategorier och dess tillhörande utgångspunkt i egenlogik för att lösa sakfråga relaterat till yrkesroll (Scheel, 1996., Olsson & Sörensen, 2007). Det framkommer oklarhet gällande yrkesidentitet i omvårdnadsarbetet vilket kan leda till att uppdraget utförs under andra yrkesgruppers premisser. Vilket även identifierar risken att egenlogiken, den professionella yrkesutövningen, ses som målbild och kan vara direkt hämmande av den kompetens som krävs i omvårdnadsarbetet (Scheel, 1996).

Egenvård är en utförd aktivitet, initierad och utformad av individen själv i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välmående (Janlöv m.fl., 2018., Johansson och Clausson, 2018). Enligt Orems omvårdnadsmodell om egenvårdsbalans är egenvård den personliga omsorgen som frivilligt utförs dagligen av varje enskild individ med syfte att främja liv, uppnå största möjliga hälsa och välbefinnande. Fysiska, psykologiska, sociala och mellanmänskliga interaktioner ses som oskiljaktiga delar i individens hälsa. Den normala utvecklingen kan hotas vid egenvårdsbrist och för att hindra skadlig utveckling och negativa konsekvenser av hälsoproblem måste individen sätta in åtgärder. Den omvårdnadskapaciteten sjuksköterskor förfogar över är beroende av vilken kunskap, värderingar och färdigheter som sjuksköterskan har samt förmågan att utforma och ge omvårdnad till enskild patient. Sjuksköterskans uppgift är att initiera och genomföra handlingar genom att kompensera patientens bristande resurser (Orem, 1991).

Problemformulering

Primärvården har i uppdrag att uppmärksamma, utreda och behandla patienter med substansbrukssyndrom som första linjens psykiatriska vård. I nationella och regionala riktlinjer saknas gemensam uppdragsbeskrivning för sjuksköterskor i relation till omvårdnad av denna patientgrupp. Inom Västra Götalandsregion organiserar sig primärvården på olika nivåer för att möta patienter med substansbruk vilket kan innebära risk för en ojämn vård och omvårdnad. Patienter riskerar att få otillräcklig vård och bedömning i vårdmötet där tidig

upptäckt kan vara avgörande. Sjuksköterskors arbete inom primärvården är ottydligt beskrivet och det saknas studier om hur sjuksköterskor vårdar personer med beroendeproblematik.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskor erfarenheter av vård av patienter med substansbruk inom primärvården.

Metod

Design

Syftet med examensarbetet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vård av personer med substansbrukssyndrom inom primärvården och utifrån det valdes en kvalitativ induktiv studiedesign (Henricson & Billhult, 2012). Semistrukturerade intervjuer användes för att få svar på beskrivna frågeställningar (Priebe & Landström, 2012). Kvalitativa studier med induktiv ansats utgår från upptäckter som leder till allmänna principer och därefter resulterar i sammanförd teori (Olsson & Sörensen, 2007). Kvalitativa studier representerar stor mängd information där läsaren kan följa forskarens process (Malterud, 2014). Beskrivningar och analyser av råmaterialet identifierar potentiell kunskapskraft. Detta leder i analysprocessen till begrepp och beskrivningar som överförs till sammanhang i relation till problemområdet (Malterud, 2014).

Urval

Examensarbetet genomfördes inom Västra Götalandsregionen. Förfrågan om deltagande genomfördes via sociala medier samt via mailkontakt med verksamhetschefer inom primärvården för lämpliga deltagare. Forskningspersonsinformation (Bilaga 2) mailades ut i förhand till deltagare som accepterat medverkan i studien.

Inklusionskriterier för deltagande var legitimerad sjuksköterska med yrkeserfarenhet inom substansbrukssyndrom, anställd inom primärvård, varierande yrkeserfarenhet inom sjuksköterskeprofession, frivilligt deltagande utan ersättning och variation i ålder och kön. Detta innebar ett strategiskt urval för att få informationsrika intervjuer som sedan kunde svara till syftet (Henricson & Billhult, 2012). Lämplighetsurval beroende på vad studien ska handla om är avgörande för utkomsten relaterat till antalet deltagare i studien (Danielson, 2012).

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes med semistrukturerad intervjumetod. Vilket innebär öppna frågor utifrån ett intervjuformulär (bilaga 3) med frågor framtagna för att få material som svarar på syftet. Det innefattar även aktivt lyssnande för eventuella följdfrågor anpassat till deltagaren och den aktuella intervjun.

Totalt genomfördes åtta intervjuer inom olika delar av Västra Götalandsregionen, sju kvinnor och en man intervjuades. Ålder varierade från 30- 62 års ålder. Av dessa är fyra yrkesverksamma som psykiatrijuksköterskor (varav en sjuksköterska har dubbelkompetens), två av dessa har distriktsjuksköterskeutbildning och tre är grundutbildade sjuksköterskor. Intervjuerna genomfördes under september och oktober 2022 med cirka 25 minuters tidsåtgång vardera. Av dessa genomfördes fyra via länk, en via telefon och tre intervjuer via fysisk träff. Samtliga anpassade efter de intervjuades önskemål. Dessa intervjuer spelades in med stöd av diktafon efter information om och godkännande av inspelning från deltagare.

Dataanalys

De inspelade intervjuerna via diktafon transkriberades ordagrant. Därefter genomfördes, som första steg i analysen, strukturerad och systematisk innehållsanalys för tillförlitligt verifierbart resultat. Transkriberingen i sig identifierade eventuella svagheter och styrkor i råmaterialet.

En kvalitativ innehållsanalys genomfördes i relation till syftet, metodik och dess lämplighet att tolka den transkriberade texten och dess innebörd (Malterud, 2014). För att kunna bygga en bro mellan rådata och resultat genomfördes strukturerad organiserad tolkning och sammanfattning. Råmaterialet bearbetades för att kunna beskriva variation och mångfald och därigenom identifiera ny kunskap ur de transkriberade intervjuerna. I stöd av materialet har ny kunskap via beskrivning identifierats. I analysprocessen lästes transkriptionerna flertal tillfällen relaterat till systematisk textkondensering i stöd av Giorgis fenomenologiska innehållsanalys. Detta för att få en ökad kunskap om deltagarnas erfarenheter och livsvärld som kan svara till syftet. Efter att ha analyserat text till mindre beståndsdelar identifierades meningsbärande meningsenheter och dess essens som kondenserades och därefter kodades (Malterud, 2014).

Denna kodningsprocess bidrog att identifiera kopplingar mellan de olika meningsbärande enheterna. I den fjärde fasen skedde rekontextualisering som resulterade i kategorier och underkategorier i relation till lojalitet till informanterna (Malterud, 2014). I tabell 1 framgår exempel.

Tabell. 1. Exempel på datanalysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategorier
<i>“...jag sätts som PAS för dom, att jag punktmarkerar med personerna, att all dialog går genom mig till exempel (...) Så bokas</i>	jag sätts som PAS punktmarkerar all dialog går genom mig Kontinuitet	PAS	Att arbeta med kontinuerlig vårdkontakt Strukturera behandling och vård Att förebygga i tid	Tidig upptäckt

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategorier
<i>dom till mig på samtal och får komma och prata med mig om det som händer.”</i>				
<i>“en del antabus (...) men det är mer alkohol. Så har vi ju haft en del (...) tramadol (...) i det här området, det är klart det är något annat substitut och sen trappa ner det (...)oftast så går dom hos mig så trappar man ner det dom missbrukar... “</i>	Haft en del antabus. Mkt tramadol i området- trappa ner det "oftast så går dom hos mig så trappar man ner det dom missbrukar".	Behandlingsåtgärd	Strukturerad bedömning göra komplexa insatser	Att bedöma patientens substansbruk Att möta svåra och komplicerade situationer
<i>“...det är oftast med doktorerna som tar det. Dom bokar oftast läkarbesök i sådana fall”</i>	bokar oftast läkarbesök	organisation arbetsuppdrag	Hantera ett otydligt/uppdrag	Att möta svåra och komplicerade situationer
<i>“de är ju mycket utökade bedömningar, kartläggning. Bedömningar, kartläggningar inför remiss till specialist psykiatrin. Läkemedelsuppföljningar , suicidriskbedömningar också , det är väl dom bitarna framför allt”</i>	utökade bedömningar kartläggning remisser till spec psyk läkemedelsuppföljning suicidriskbedömningar	Screening Organisation Arbetsuppdrag	Strukturerad bedömning Göra komplexa insatser	Att bedöma patientens substansbruk Att möta svåra och komplicerade situationer
<i>“men med min specialistkompetens med det som en hjälp av bedömning och i det psykosociala teamet så är det utifrån egentligen psykiatrisjuksköterskans yrkesbeskrivning fast på primärvårdsnivå det jag nämnde tidigare vad det innefattar då”</i>	spec. kompetens som hjälp/stöd i bedömning	kompetens team/samverkan	Göra komplexa insatser Hantera ett otydligt/uppdrag	Att möta svåra och komplicerade situationer

Forskningsetiska övervägande

Personliga intervjuer utgör grunden till examensarbetet. En kvalitativ metod användes där den personliga intervjun beaktas som ett närmande av deltagaren där det kan uppstå etiska risker. Kunskap om Helsingforsdeklarationen (2013) ger förståelse för vikten av försiktighetsåtgärder kring deltagarens person- och patientinformation och betydelsen i att dessa kvarstår som konfidentiella och i respekt för deltagaren. Deklarationen betonar vikten av frivilligt samtycke, rätten att ta tillbaka samtycke och avbryta sitt deltagande (Helsingforsdeklarationen, 2013). Deltagare har rätt att inhämta- och efterfråga information för bedömning i beslutfattning av samtycke till att delta. Information gällande examinationsarbetets innebörd gavs enligt förhållning- och beslutskompetens till Etikprövningen. Forskningspersoninformation (FPI) lämnades ut och information anpassades utan att tolkas som påtryckning (Etikprövningen, 2022).

Deltagarna har haft god betänketid för att kunna fatta ett välgrundat beslut. Detta innebär att individer har kunnat väga integritetsrisker till att delta och med stöd av författarnas förmåga att medvetandegöra vad studien innefattar i såväl risk som nytta (Cöster, 2014). Vilket även stärks från Polti och Beck (2021) som betonar vikten av ethos vid inhämtning av data från studiedeltagare och att etiska koder ska följas för att vidhålla mänskliga rättigheter. Författarna har tagit hänsyn till de etiska principer att följa för att forskningsdeltagarnas säkerhet, rättigheter och välbefinnande ska bevaras samt garanteras. Dessa principer ses som normer för handlandet och hänvisar vilka handlingar som krävs för att nå upp till principernas ideal. Det som inkluderas i dessa grundläggande principer är både lagar och etiska koder. Människovärdesprincipen är en etisk princip som belyser att alla människor har lika värde oavsett exempelvis funktionsgrad. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003) och Personuppgiftslagen (1998:204) syftar till att skydda, respektera människovärdet, mänskliga rättigheter och bl.a. integritet vid forskning. Vidare skriver Kjellström (2012) att de internationella etiska riktlinjerna såsom Helsingforsdeklarationen och Belmontrapporten har sitt ursprung i etiska skandaler och att dessa riktlinjer syftar till att säkra den enskilda forskningsdeltagaren (Kjellström, 2012).

Resultat

Syftet med examensarbetet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vård av personer med substansbrukssyndrom inom primärvården. Resultatet baseras på åtta intervjuer inom olika delar av Västra Götalandsregionen. Analys av materialet har resulterat i tre huvudkategorier och nio underkategorier (se Tabell 2).

Tabell. 2. Huvudkategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Att bedöma patientens substansbruk	Att arbeta med kontinuerlig vårdkontakt Att förebygga i tid Strukturerad bedömning Att stödja patient till behandling
Att möta svåra och komplicerade situationer	Göra komplexa insatser Hantera ett otydligt uppdrag Att sakna kunskap och erfarenhet
Påverkas av verksamhetens organisation	Samarbeta med andra Oklar rollfördelning

Att bedöma patientens substansbruk

I intervjuerna framkom att sjuksköterskor inom primärvården möter en stor variation av psykiatrisk ohälsa- och beroendetillstånd. En stor del av patienterna har psykiatrisk samsjuklighet, med flera psykiatriska diagnoser som var både mildare- och mer allvarlig problematik. Kontinuitet och tidigt upptäckt beskrevs som viktigt för att kunna strukturera vården, ge tillgång till rätt vårdnivå och rätt stöd till patienten.

Att arbeta med kontinuerliga vårdkontakter

Betydelsen av kontinuitet togs upp av samtliga sjuksköterskor vid olika tillfällen. Det beskrevs som viktigt att det var samma sjuksköterska som mötte patienten vid vårdbesöken. Patientgrupp beskrevs som skör, ofta med komplexa vårdbehov och behov av vårdsamverkan. En person med skadligt bruk eller beroende tillhör en utsatt grupp, dels på grund av eventuella psykiska och somatiska följder av beroendet, men även den påverkan som fördomar i samhället medför. En del verksamheter inom primärvården arbetade med fast vårdkontakt där patientansvarig sjuksköterska (PAS) har huvudansvaret i syfte att öka kontinuitet. För att nå god effekt uttryckte flera sjuksköterskor behovet av helhetsvård kring patienter med substansbrukssyndrom och stöd i att strukturera sin vardag. De betonade vikten av utökade stödinsatser kring patienten och att arbeta med samtal.

“...jag sätts som PAS för dom, att jag punktmarkerar med personerna, att all dialog går genom mig till exempel (...) Så bokas dom till mig på samtal och får komma och prata med mig om det som händer.”

Att behålla samtalskontakt vid aktivt bruk beskrevs som svårighet och att det kunde medföra bristande följsamhet och uppföljning av patientgrupp med substansbruk. Det upplevdes att patienterna lätt kunde glida undan och utebli från planerade besök. Vikten av kontinuitet

beskrevs även för att följa patienten över tid och för att kunna se eller upptäcka förändringar. Vid situationer då patienterna sålde sina mediciner var kontinuitet och personkännedom av stor betydelse.

“...kontinuitet, att det finns en person som följer upp dom, för inom primärvården, risken är alltid att det läggs receptförnyelser av nya läkare och olika läkare (...) Så slinker det igenom ganska mycket (...) det är risk det här med att primärvården inte har samma läkare som handhar dom. eller samma sköterskor. Mer kontinuitet skulle ju underlätta för dom här patienterna..”

Tätare kontakter ansågs ge möjlighet att lättare kunna utvärdera och kommunicera kring till exempel medicinering och mående. Den tätare kontakten beskrevs dock ofta försvåras av patientgruppens generella instabilitet, där dagsform, återfall och andra bakslag komplicerade planering och insatser för vård.

Att förebygga i tid

Flera sjuksköterskor beskrev primärvården som första vårdinstans när det gäller i princip all vård inklusive beroendeproblematik. Därmed vikten av att uppmärksamma, upptäcka och våga fråga patienten under vårdmötet om det egentliga tillståndet. Det framhölls som viktigt att uppmärksamma beroendeproblem i ett tidigt skede. Detta kunde exempelvis initieras i samtal kring att det upptäckts genom provsvar eller vid misstanke om risk för skadligt bruk. Att landa i rätt bedömning och börja arbeta så tidigt som möjligt underlättade för att styra upp vården snabbare. Det var inte ovanligt inom första linjens vård, att det hälsotillstånd och den symtombild personen söker för egentligen visade sig vara orsakad av skadligt bruk.

“I populationen så är det ju jättemånga som kanske har en överkonsumtion. Sedan skiljer ju det sig åt om det är alkohol eller narkotika (...) Det finns ju hur många som helst som vi träffar som har stått på en benso intag i åratal, och dom sköter jobb och familj, men dom behöver ju sin tablett varje kväll.”

Många vårdcentraler beskrevs ha en tydlighet kring ordinationer av beroendeframkallande läkemedel. De strävade även efter att följa upp receptförnyelser och försöka att upptäcka om något inte stämmer. Vid misstanke bokades patient in på samtal med antingen läkare eller sjuksköterska för uppföljning av behandling och eventuell riskbedömning av beroendeproblematik.

“...det är väl i så fall om vi misstänker att man överdoserar läkemedel men då är det väl egentligen bara via samtal att det här är vad vi har upptäckt eller vad vi misstänker och behöver du nån hjälp.”

Strukturerad bedömning

Samtliga intervjuade beskrev användande av bedömningsinstrument för screening av substansbruk. Alla använde sig i olika grad av AUDIT och DUDIT för screening och tidig upptäckt. Endast två av de intervjuade uppgav att de använde andra bedömningsinstrument som skattar grad av depression och ångest. Kartläggning och anamnes beskrevs som viktiga delar för att identifiera skadligt bruk eller beroende och kunna bedöma vårdnivå.

“...jag går igenom anamnes och allt det här, så frågar jag ju efter alkohol och droger men då ber jag ju patienten uppskatta veckokonsumtionen och tillfällena och är det ett drogmissbruk eller ett tidigare så går man ju igenom de också.”

Den provtagning som kunde användas som alkoholmarkör enligt de intervjuade sjuksköterskorna var B-PEth. Svaret kunde användas som uppföljning och även som stöd i samtal kring konsumtion och mående. En del sjuksköterskor beskrev att de inte tog prover i syfte att upptäcka eller styrka skadligt bruk eller beroende. En svårighet som framkom av intervjuerna var bristen på följsamhet och svårigheten att få patienten att återkomma efter eller till eventuell provtagning.

Att stödja patient till behandling

Flertalet sjuksköterskor betonade vikten av att ge patienterna stöd för att kunna lägga upp en plan, motivera och stötta patienterna i processer kring tillnyktring, nedtrappningar och återfallsprevention. De beskrev möjligheter och vinster med att arbeta mer förebyggande med hälsoaspekter. Det kunde även innebära att motivera och stötta med remittering till specialistpsykiatri. I väntan på specialistpsykiatri uttryckte sjuksköterskor vikten av att informera om vilken hjälp och om vilka möjligheter som finns att tillgå.

“...vid ett riskbruk så pratar man mer förebyggande och vad kan man förebygga medans ett bekräftat missbruk så frågar man mer vad man kan hjälpa till med för att stoppa upp eller är det nåt mer samverkan kanske jag ska säga försöker fokusera vid ett bekräftat och vid ett riskbruk prata om också att vilka informera mer vilka möjligheter och hjälp som finns att få..”

I intervjuerna framkom att arbetsuppdraget inom primärvården skiljde sig åt. En del mottagningar genomförde preventiva insatser, med exempelvis tablettnedtrappning och Antabusbehandling. Endast en sjuksköterska beskrev att det förekom mer frekvent och planerat. Flertalet sjuksköterskor beskrev att det förekom, men kunde vara önskvärt och fanns behov av mer. Denna behandling kunde istället vara utlagd på andra aktörer, såsom socialtjänsten, företagshälsovården eller specialistsjukvården. Någon sjuksköterska beskrev att det aldrig förekom på dennes arbetsplats.

“...vi försöker med nedtrappning, och det går sådär kan jag säga, vid pågående aktivt missbruk..”

I intervjuerna framkom dock att sjuksköterskor var dem som initialt träffade de flesta av dessa patienter. Det framkom även svårigheter med att följa upp behandling inom primärvården, då patienterna ibland uteblev och sjuksköterskorna upplevde att det saknades resurser för uppföljning.

Att möta svåra och komplexa situationer

Sjuksköterskorna beskrev hur beroendeproblematik kunde ställa dem inför svåra situationer och beslut att utföra svåra och komplexa bedömningar och vårdåtgärder. Då sjuksköterskorna inte alltid har fördjupad och specialiserad kompetens och erfarenhet om beroendeproblematik. Sjuksköterskorna har ansvarsområden men har ottydligt mandat i respektive arbetsuppdrag och dess uppgifter.

Göra komplexa insatser

Sjuksköterskorna beskrev hur de ställdes inför svåra situationer i patientmötet som inte var lätta att hantera och att de inte visste vad de skulle göra. I dessa vårdmöten ska komplexa bedömningar genomföras med flera svårigheter att ta i beaktning såsom sociala problem och andra hälsotillstånd. En vanlig svårighet var att patienternas kontaktorsak var något annat än beroendeproblematik. Det kunde istället framkomma på annat sätt under samtalets gång eller efter längre behandlingstid vilket också kunde leda till etiska problem. Det fanns begränsad öppenhet som gör det svårt att bedöma patientens vårdbehov. Om sjuksköterskan har misstanke om överkonsumtion av alkohol kan blodprov tas. Sjuksköterskorna betonade vikten av att våga fråga patienten om alkohol och andra droger. En sjuksköterska beskrev hur en patient hade svårigheter att ställa in sitt insulin:

“...höga sockervärden nästan hela tiden och så rätt var det var så var det jättelågt (...) svårt och få nån ordning på och det var insulin och sen när man pratade med personen så började jag väl ana att det fanns nog lite alkohol (...) så fick vi ta prover och då visade det ju att det var ett för stor konsumtion (...) och då tog jag upp det med patienten i fråga. Talade om att det provet vi tog det visar ju att du dricker för mycket (...) så bara det att vi vågade ställa frågan kände jag gjorde skillnad.”

Ansvar för att möta patienten faller på läkarna och sjuksköterskor kan vid första vårdkontakt genomföra skattningsformulär som del i kartläggning. Sjuksköterskor betonade att de oftast inte vet vilken vårdnivå patienten befinner sig på eftersom det är första linjens vård. Det kan vara svårt att göra den bedömningen i ett första vårdmöte. En del sjuksköterskor beskriver att det kan framkomma i samtal med patient om alkohol och drogs substanser. I vårdmötet kunde frekventa förfrågningar av receptförnyelse komma till tal vilket krävde antingen

punktmarkering från sjuksköterska eller uppföljning och hantering av läkare. Det tränade kliniska ögat i vårdmötet kan vara avgörande vid bedömning av vårdnivå. En sjuksköterska beskrev vikten av att ha i åtanke att patienter kan undanhålla information under kartläggningssamtal:

“...jag har ju varit med om flera gånger där man har ett aktivt kraftigt missbruk och man svarar att man inte har nånting och så vet man att man ändå förra veckan hade tagit kokain”

Vid flera intervjuer sade sjuksköterskor först att de inte möter patienter med substansbruk. Men vid mer ingående intervjufrågor så framkom det att samtliga möter denna patientgrupp i sitt arbete. Många hade alltså svårt att ens inse att de träffade på patienter med beroendeproblematik. Vidare betonar samtliga sjuksköterskor att primärvården inte implementerat läkemedelsbehandling mot alkoholkonsumtion, Antabus, eller nedtrappning av legala- och illegala substanser. Fyra av åtta intervjuade sjuksköterskor menade att deras kompetens och yrkeserfarenhet möjliggör att de kan erbjuda helhetsvård inom primärvården för patienter med substansbruk. Istället för att patienter mot sin vilja uppmanas vända sig till beroendemottagningarna i Västra Götalandregionen.

“...det är inte så implementerat på vårdcentraler. Jag tänker att det skulle underlätta att inte behöva gå på den där, stå i den där kön ut på gatan utan att man kommer dit man bor, att man (...) på nått sätt möter patienten. Man är här innan systemet öppnar på morgonen. Man förekommer dom (...) jag skulle önska att vårdcentralerna hade Antabusutdelning lite mer.”

Hantera ett otydlig uppdrag

Sjuksköterskor uppger att de är osäkra på sin egen roll och tillhörande ansvarsområde i primärvården avseende psykisk omvårdnad.

Som första linjens vård har primärvårdsmottagningarna stor genomströmning av patienter med olika hälsotillstånd. Sjuksköterskor menar att läkarna har uppdraget att screena och möta patienter med substansbruk. Det framkommer att sjuksköterskor lägger över ärenden inom denna patientgrupp till läkarna relaterat till uppdragsfördelning. En sjuksköterska berättade att om det under ett vårdmöte misstänks substansbruk rådfrågas läkaren och därefter bokas patienten in hos läkare för vidare bedömning och screening. Samtidigt informerar en viss grupp sjuksköterskor att de kan ta sig an uppdraget att möta och vårda patienter med substansbruk med helhetsperspektiv utifrån patientens vårdbehov.

“...tänker jag definitivt att man skulle ha mer utrymme för att träffa patienterna, bedöma, behandla, lägga upp en plan, hjälpa till och styra upp helt enkelt”

I en del intervjuer framkom vilja att använda sin kompetens mer inom området. De ansåg att de hade kompetens och mer tid till mer utökade behandlingar och kunde bidra med helhetsvård som hade gynnat patienten. Vården hade då kunnat vara mer motiverande och

ökad möjlighet att kunna bistå med nedtrappningar och andra läkemedelsbehandlingar såsom Antabus. En deltagare med specialistkompetens lyfte att kompetensen kan komma till nytta även i rollen som vårdsamordnare.

“...vårdsamordnaren tar första mötet och kartlägger lite och sen är det ju då samtal alltså mer inriktat (...) eftersom vi är två nyanställda som är psykiatrisjuksköterskor båda två så kan man kanske använda den kompetensen mer än vad man gör idag”

Att sakna kunskap och erfarenhet

I intervjuerna framkom det att flertalet patienter som söker vård för psykisk ohälsa även har skadligt bruk av alkohol- och/eller andra drogs substanser. De flesta av sjuksköterskorna uppmuntrade till att stärka kunskap och yrkeserfarenhet inom primärvården i arbetet med patienter som har substansbruk. En osäkerhet i egenförmåga att möta denna patientgrupp relaterat till okunskap och bristande erfarenhet bland sjuksköterskorna leder till att läkarna sköter dessa patientmöten.

“...Vi som sjuksköterskor träffar inte dom så ofta. Men (...) skulle de va jag som träffar, så pratar jag väl med läkaren tänker jag, som får ta i det lite mer än vad jag kan göra på arbetsplatserna här”

En majoritet av deltagarna ansåg att det finns behov av breddad kompetens inom primärvården för att kunna möta klientelet. Som första linjens vård ansåg flertalet sjuksköterskor att specialistkompetens, till exempel distrikt och psykiatri, kan vara användbart i vården. En deltagare ansåg att sjuksköterska med beroendekompetens inte behövdes då kompetensen kunde nyttjas från andra yrkeskategorier. Vid fråga om möjlighet till utbildningar inom verksamheten svarade flertalet att utbudet var sparsamt eller inte förekommande. Samtidigt, enligt samtliga deltagare, fanns säkert möjligheten om de visade intresse för adekvata utbildningar. Flertalet av deltagarna uttryckte att substansbrukssyndrom tillhör en komplex patientgrupp som ingår i psykisk ohälsa. Fyra deltagare med specialistkompetens inom psykiatri betonade att det är avgörande att ha genomgått utbildning och ha yrkeserfarenhet inom psykiatri för att möta denna patientgrupp. En sjuksköterska med specialistkompetens inom psykiatri betonade vikten av att primärvården tillhandahåller kompetens för att möta samtliga patienter.

“...men jag tycker det är självklart på nåt sätt att varje vårdcentral ska ha en psykiatrisköterska precis som en distriktssköterska eller diabetes eller kol...”

Påverkas av verksamhetens organisation

Samarbeta med andra

Samtliga sjuksköterskor beskrev samverkan med socialtjänsten och kommunen som viktig för att få helheten, där sjuksköterskan är den inom primärvården som har kunskap om samverkan. En del av beroendevården framkom låg ute på andra instanser såsom specialistvården, socialtjänsten och företagshälsovården beroende på var i regionen sjuksköterskan arbetade. Flertalet beskrev primärvårdens uppgift att lotsa och stötta till rätt instans och vikten av samverkan. Sjuksköterskorna upplevde alla ett glapp mellan primärvård och specialistpsykiatri där patienterna lätt föll mellan stolarna. Det beskrevs som problem med remisser som kom i retur och svårighet för patienter att komma intill specialistvården. En sjuksköterska beskrev komplexiteten med att vara patient i aktivt bruk och bli nekad hjälp av specialistpsykiatri på grund av detta:

“...är drogpåverkade så blir dom stoppade. Det är väl det som jag känner som är det stora hindret (....) från oss till psykiatri att ofta är missbruket på grund av en anledning. Psykiatri kräver att man slutar självmedicinera sig för att kunna få hjälp (....) och dom klarar det inte. Jag hade ju önskat att man fick hjälp via psykiatri även om man är drogpåverkad på långvarig sikt kan fungera.”

Några av sjuksköterskorna såg behov av ökad samverkan och även behov av mer uppsökande verksamhet från specialistpsykiatri. Detta för att kunna möta patientgruppen med svårigheter som till exempel följsamhet vid aktivt substansbruk eller svårigheten att få komma intill specialistpsykiatri för bedömning. Flertalet deltagare berättade att de får remisser i retur från olika instanser inom specialistpsykiatri och psykiatriakutmottagningarna vilket sjuksköterskorna har svårt att möta då de upplever brist på resurser inom primärvården.

“...vi får ju allt och många gånger kommer dom tillbaka från spec. psykiatri”

Oklar rollfördelning

Uppdragsbeskrivningen inom primärvårdens mottagningar inom Västra Götalandsregionen skiljer sig åt. En andel av deltagarna utan vidareutbildning frånsade sig uppdraget att möta och vårda patienter för substansbruk och att dessa patienter enbart har vårdkontakt av andra hälsoskäl inom primärvården. Dessa sjuksköterskor uppgav att ansvaret att möta patienter med substansbruk fördelas bland läkarna. Att denna patientgrupp hör hemma på beroendemottagning. Specialistutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med erfarenhet av psykiatri uttrycker önskan om att nyttja sin kompetens och erfarenhet i vårdmöten.

“...nu ogillar jag ju uttrycket spindeln i nätet men om man kan användas då att vara den funktionen kring dom här patienterna där samordningen är så oerhört viktig.”

Sjuksköterskor kan se helheten i patientens behovsbild och därigenom te sig som spindeln i nätet för samordning av vård. De belyser även att de kan avvara läkarresurser och upprätthålla en starkare tillgänglighet till patientgruppen vilket även upprättar en kontinuitet.

Flertalet deltagare med specialistutbildning inom psykiatri uttryckte en önskan om att få möjlighet att arbeta enbart med sin yrkesbefattning i relation till primärvårdens uppdrag.

“...få jobba uteslutande som psykiatrisjuksköterska antingen så jobbar man som sjuksköterska bara med en liten extra krydda av kunskap. Eller så jobbar man som samtalsterapeut så man nyttjas ju egentligen inte utifrån specialistfunktionen på det sättet som yrkesbeskrivningen säger”

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ induktiv analysmetod lämpade sig väl för att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av vård av personer med substansbruk inom primärvården. Intervjuerna gav svar på studiens syfte och deltagarnas berättelser återgav nyanser och mångfald från deras respektive arbetserfarenhet. Intervjumaterialet analyserades systematiskt med teoretisk förankring i Giorgis fenomenologiska innehållsanalys (Malterud, 2014., Olsson & Sörensen, 2007), vilket bidrog till ett hermeneutiskt perspektiv (Malterud, 2014).

Antalet intervjudeltagarna anses som relevant för detta examensarbete (Henricson & Billhult, 2012). Deltagarna hade både likartade och olika erfarenheter, vilket gav riklig information om det som studerades (Henricson & Billhult, 2012). En fördel för examensarbetet hade varit om samtliga deltagare hade haft specialistutbildning i psykiatrisk vård i relation till inklusionskriterierna. Dock pågick examensarbetet under begränsad tid och för att uppfylla inklusionskriterier fick dessa modifieras för att kunna genomföra studien (Polit & Tanto Beck, 2012). I urvalet av deltagare finns variation av yrkeserfarenhet och kompetens och detta gav variationsrika berättelser. Av de åtta sjuksköterskorna hade fyra specialistutbildning i psykiatrisk vård, två med distriktutbildning varav en med dubbelkompetens och resterande var grundutbildade. Denna skillnad i utbildningsnivå påverkade deras beskrivning av vården på olika sätt, men de är för få för att dela upp resultatet i olika delar. Ett alternativ hade varit att bara intervjua specialistsjuksköterskor, för att fokusera på deras arbete, men i nuläget är det få specialistsjuksköterskor anställda inom primärvården, och därmed svårt att kunna intervjua ett större antal. Det hade dock varit en styrka för examensarbetet om samtliga deltagare var specialistsjuksköterskor inriktning psykiatrisk vård.

Samtliga deltagare hade anställning inom primärvården, Närhälsan eller Capio vårdcentral, inom Västra Götalandsregionen. Det kan ses som både styrka och svaghet att deltagarna var anställda inom samma region. En fördel är att uppsatsen fokuserar på vård som bedrivs inom

regionen, och därmed förmedlar specifika erfarenheter från just region. En nackdel kan vara att deltagarnas anonymitet inte bibehålls i resultatet, då det inte är nationellt deltagande. Denna risk ser vi dock som liten då det är flera hundra sjuksköterskor anställda inom primärvården och inget från intervjuerna bör avslöja deras exakta arbetsplatser. Uppsatsförfattarnas oerfarenhet av intervjuteknik och transkribering kan ses som nackdel (Malterud, 2014). Vid oerfarenhet av intervjuteknik kan exempelvis eventuella följdfrågor uteblivit eller att vissa formuleringar kunde gjort annorlunda (Malterud, 2014).

Fyra intervjuer utfördes via länk, en via telefon och tre via fysisk träff efter deltagarnas önskemål. Tidsåtgången per intervju varierade mellan 20-40 minuter och det längsta intervjutillfället var relaterat till svårigheter med ljudupptagning via länk. Utöver ett tillfälle med störningar i ljudupptagning uppmärksammade inte författarna någon skillnad i fysiskt- eller digitalt möte under intervju gällande kvalitet och innehåll. Författarna valde semistrukturerad intervju då detta bidrog till uppstramning till det väsentliga av syftet under examensarbetets tidsram (Danielson, 2012., Priebe & Landström, 2012). Båda författarna har sedan tidigare erfarenhet av fenomenet som undersöks och därav kunde författarna under intervjuernas gång ställa både följd- och stödfrågor relevant till examensarbetet (Danielson, 2012). Författarna beslutade att en av dem höll i samtliga intervjuer för att stärka materialet och minimera risk för olikheter i intervjuteknik. Båda författarna transkriberade materialet efter intervjutillfällena vilket kan stärka reliabiliteten till att materialet inte har tolkats med egen enskild agenda eller omedvetet färgats (Malterud, 2014).

I en kvalitativ metod är målet att identifiera ny förståelse för kunskap och inte reproducera befintlig (Malterud, 2014). Via analysprocess framkommer ny kunskap via råmaterialet såsom nya beskrivningar och begrepp. Eftersom författarna innehar intersubjektivitet, som kan ses som en positiv och negativ faktor, kan detta påverka tilliten för empiriskt resultat (Malterud, 2014). Underkategorier ändrades under analysprocessen efter diskussion med handledare av resultat innehåll. Det fanns svårigheter att särskilja och begränsa data då intervjumaterialet var innehållsrikt. Meningsbärande enheter och kodning styrdes av syftet och detta innebar att författarna läste inhämtad data flertalet tillfällen. För att stärka resultatpresentationen har författarna nyttjat citat för att illustrera huvudpoängen av sammanfattningen av materialet. Detta bidrar även till trovärdighetsbedömning av den data, dess likheter och olikheter, som analyserats och uttrycks i kategorier (Malterud, 2014).

En av författarna genomför anställning inom slutenvården inom beroendevård och den andre i öppenvård inom beroendevård under examensarbetets gång. Båda författarna har erfarenhet av substansbrukssyndrom i både öppen- och slutenvård vilket identifierar prägel av förförståelse till helhetsvård av patienter med substansbrukssyndrom. Vilket även har präglat tankar och ideer av sjuksköterskor inom primärvården och deras respektive arbetsuppgifter i vårdmötet med patienter inom perspektivet för psykisk ohälsa.

Resultatdiskussion

Resultatet visar en komplex patientgrupp med behov av utökad samverkan för att erbjuda vård på rätt vårdnivå. Deltagarna beskrev betydelsen av kontinuitet och adekvat kompetens i patientmötet för tidig upptäckt och behandling, samt en organisation med behov av utökade resurser för att möta vårdbehovet.

Betydelsen av kontinuitet i patientmötet blev tydligt för att uppnå god allians med patienten och för att upptäcka substansbruk. Förmågan av god allians med uppbyggt förtroende och förmågan att se patienten i sitt sammanhang har avgörande betydelse i vårdmötet (Scheel, 1996). Med beaktning till hur psykisk ohälsa påverkar den unika personens liv (Gustin Wiklund, 2019). Sjuksköterskor riskerar att använda sig av egenlogik i den professionella yrkesutövningen vilket kan vara hämmande för den kompetens som krävs i omvårdnadsarbetet (Scheel 1996., Olsson & Sörensen, 2007). Detta kan då innebära eventuella kompetensbrister i själva vårdmötet med den unika patienten.

Specialistsjuksköterskor inom primärvården möter patienten regelbundet vilket ger möjlighet att utveckla tillitsfull relation och skapa trygghet där patienten kan öppna upp och prata om sina känslor (Janlöv m.fl., 2018). Ofta krävs hållbar och fast kontakt med patienten för att upptäcka underliggande psykisk ohälsa (Janlöv m.fl., 2018). Socialstyrelsens framhåller i de nationella riktlinjer (2019) vikten av ökad tillgänglighet och betydelsen av att uppmärksamma och behandla skadligt bruk och beroende i större utsträckning än vad som görs idag. Då många med substansbruk ofta söker primärvård av andra orsaker (Socialstyrelsen, 2019).

Patientgruppen kommer troligt genomgå minst en cykel av behandling, nykterhet och återfall under sin så kallade substansbruksskarriär (Bolshakova, 2019., McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011). Långsiktig behandling är av vikt då en del personer inte fått negativa konsekvenser av sitt alkoholbrukssyndrom och därför inte har motivationen att vidstå nykterhet (McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011). Andra svårighet kring patientgrupp med substansbruk som framkom av resultatet var bristande följsamhet. Det beskrevs svårighet med att få patienten till planerade möten när de är i aktivt bruk som ledde till utebliven vård och behandling. Vilket identifierar behovet av att personalisera och anpassa vården som erbjuds för att inge individen motivation till förändring av levnadsvanor (McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011).

Deltagarna framhöll vikten av att fånga upp beroendeproblematiken tidigt i förloppet. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har kunskap om de olika nivåer av substansbruk som benämns för identifiering av gradering (Heilig, 2016). Uppdelningen i svårighetsgrad kan bidra till tidigare upptäckt och adekvat behandling då olika nivåer av substansbruk kräver olika insatser av omhändertagande (Eriksson, 2018). Tydligt i resultatet var att alla sjuksköterskor initialt möter patienter inom alla svårighetsgrader och att vårdnivå oftast bedömdes efter kartläggning inom verksamheter med vårdsamordnare eller psykiatrisjuksköterska.

En tidigare studie framhåller betydelsen av implementering av screening av alkoholbrukssyndrom inom primärvården och visar på att nyttjande av till exempel Brief intervention har gett gott utfall inom patientgruppen (Andersson m.fl., 2017). Samtliga deltagare framhöll att verksamheten använde sig i någon grad av skattningsformulären Audit och Dudit. Detta för att kunna identifiera förekomst av substansbruk och dess vårdnivå. Trots att screening och Brief intervention är vetenskapligt bevisade tillvägagångssätt under konsultation för att förhindra och hantera alkoholöverkonsumtion så finns bristande användning (Andersson m.fl., 2019). Att använda samtal och kartläggning som verktyg i mötet med patienten uttrycktes av deltagarna vara en viktig del i att uppnå insikt och resultat. Implementering kan leda till reducering av alkoholrelaterade sjukdomar (Andersson m.fl., 2019)

Flertalet intervjuade beskrev att de arbetade med motiverande samtal som intervention. Resultatet visar dock på behov av mer tid och utrymme för motiverande samtal och uppföljning inom patientgruppen. Patientens normala utveckling kan hotas vid bristande egenvård vilket innebär att sjuksköterskan med sin omvårdnadskapacitet förfogar över kunskap, värderingar och färdigheter för att utforma omvårdnad till den unika patienten (Orem, 1991). Sjuksköterskan har i uppdrag att initiera och genomföra vårdhandlingar som kompenserar patientens egna bristande resurser (Orem, 1991). De vårdåtgärder som ska bedrivas av sjuksköterskor inom primärvården möter inte vårdbehovet enligt deltagarna. Det saknas resurser för att kunna möta den ökade patientströmningen med psykisk ohälsa trots att primärvården är första linjens vård.

Behovet av omvårdnad, rehabilitering och förebyggande arbete ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2020:1043) tillgodoses av primärvården. Sjuksköterskans roll inom primärvården beskrevs som komplex och involverade kontakt med patienter med både fysisk och psykisk ohälsa. För att kunna ge råd till patienter med substansbrukssyndrom behövs både adekvat kunskap och kompetens (Denis, 2019). Samtidigt framkommer i tidigare studie att sjuksköterskor ofta känner sig osäkra och uttrycker avsaknad av adekvat kunskap om psykisk ohälsa (Janlöv m.fl., 2018). Flertalet sjuksköterskor ansåg att kunskap och erfarenhet är viktiga egenskaper för att kunna se och sortera ut vad som inte stämmer hos patienten. De bedömningar som görs ska genomföras av sjuksköterskor i relation till positivistiskt och relativistiskt tänkande (Scheel, 1996). I vårdmötet ska sjuksköterskan inte grunda bedömningar på privata subjektiva uppfattningar utan ska hålla värdering i situation, problem eller fråga som då förändras i förhållande till patientens behovsbild (Scheel, 1996). Deltagarna visar även på behovet av ökad kompetens, erfarenhet och även behov av specialistsjuksköterska med inriktning psykiatri inom primärvården. Då brist på kunskap, kompetens och förtroende hos sjuksköterskorna kan identifieras som barriärer i patientmötet, liksom även negativ bias eller rädsla kan vara ett hinder (Lacey, 2012).

Substansbrukssyndrom innehar komplexitet som kräver tid för ordentlig kartläggning och utförande av vårdplan, vilket många inom sjukvården känner att det saknas tid och erfarenhet

för (Bolshakova m.fl., 2019). Resultatet påvisade upplevelsen av för lite resurser och tid att möta patientgruppen inom stora delar av primärvården. Sjuksköterskorna beskrev att de allt oftare möter patienter med substansbrukssyndrom och att de såg ökat kompetensbehov inom verksamheten och även ökat ansvar och utrymme för preventiva insatser och uppföljningar. Dessa kunde innefatta vaksamhet kring receptförnyelser eller mer tydlighet vid utskrivning av narkotikaklassade läkemedel. Riktade insatser mot personer med kronisk smärta och vid receptförskrivna läkemedel har som preventiv insats visat ge resultat (Bolshakova m.fl., 2019).

Deltagarna upplevde otydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri. Några av de intervjuade sjuksköterskorna hänvisade hela ansvaret för patienter med substansbrukssyndrom till specialistvården och frånsade sig ansvaret. Samtidigt som primärvården enligt RMR (2022) ska identifiera och bedöma psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker på denna vårdnivå. Uppdragsbeskrivningen skiljer sig åt mellan primärvårdens mottagningar inom Västra Götalandsregionen. Deltagande sjuksköterskor utan vidareutbildning frånsade sig uppdraget att möta och vårda patienter med substansbrukssyndrom. Deltagarna med erfarenhet eller specialistutbildning uttryckte stor önskan att nyttja sin kompetens i vårdmötet med ett helhetsperspektiv. De såg med sin erfarenhet och kompetens möjlighet till att arbeta som spindel i nätet med samordning i vården kring patienten. Vilket leder till avvarande av läkarresurser genom att samtidigt erbjuda patientgrupp tillgänglighet och kontinuitet.

En önskan fanns hos deltagarna med vidareutbildning att arbeta med sin yrkesbefattning i relation till primärvårdens uppdrag inom Västra Götalandsregionen. Deltagare med yrkeserfarenhet framhöll önskan om att använda sin erfarenhet i vårdmöten i större utsträckning. Psykiatrisjuksköterskans omvårdnadsuppdrag inom psykiatrisk vård innebär att anpassa insatser efter den enskilda individen med psykisk ohälsa (Arbetsförmedlingen, 2011). Då substansbrukssyndrom är en kronisk sjukdom bör vården som erbjuds bör anpassas efter patienten (Arbetsförmedlingen, 2021., McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011). Arbetsområden för psykiatrisjuksköterskan kan variera och vissa är mer riktade till enskilda arbetsuppdrag såsom patientgrupper med substansbrukssyndrom, ätstörning och psykossjukdom (Arbetsförmedlingen, 2019). Detta innebär att sjuksköterskor med specialistkompetens inom psykiatri ska vidhålla ett helhetsperspektiv i vårdmötet och erbjuda patient personcentrerad omvårdnad (Arbetsförmedlingen, 2019).

En vårdsamordnare ska beakta primärvårdens uppdrag i relation till specialistvården i beslutsfattning av omvårdnadsinstans (Björklund m.fl., 2020). Denna yrkesfunktion ska te sig likt spindeln i nätet i samordning av omvårdnad och insatser inom vårdteamet tillsammans med patient. Primärvården har stort ansvar att tillgodose en personcentrerad vård av god kvalitet för personer med psykisk ohälsa (Björklund m.fl., 2020). Flertalet deltagare framhöll att de inte har implementerat denna yrkesfunktion på respektive arbetsplats. En av deltagarna har denna yrkesfunktion i sitt arbetsuppdrag inom primärvården och såg stort behov av

vårdsamordnare inom samtliga primärvårdsmottagningar. Behovet av ansvarig koordinator under pågående vård belyses relaterat till att vården som erbjuds kan komma från olika instanser (McKay och Hiller-Sturmhofel (2011).

Verksamheterna är inte adekvat utbildade att möta patienter med substansbruk och det finns stigmatisering som försvårar vårdmötet (Carvalho m.fl., 2019). Denna stigmatisering uttrycktes från en del av deltagarna i form av osäkerhet att möta patienter inom primärvården med beroendeproblematik. Bemötandet och förhållningssättet är en viktig del i patientmötet för att skapa tillitsfull vårdkontakt. Stigmatisering kring substansbrukssyndrom påverkar även attityder hos vårdgivaren gentemot alkoholbrukssyndrom vilka genom utbildning av personal kan identifieras och därmed diskuteras för att kunna bryta ner vårdbarriärer (Andersson m.fl., 2019). Carvahlo (2019) skriver även att inadekvat utbildning bland vårdpersonal som möter denna patientgrupp kan identifiera strukturella vårdbarriärer inom sjukvården (Carvalho m.fl, 2019).

Det framkom att samarbete mellan primärvård och specialistpsykiatrin fallerar vilket leder till att patienter faller mellan stolarna. Primärvårdens uppgift ansågs av samtliga deltagare att lotsa och stödja till rätt instans. Samverkan med andra instanser framhölls som en viktig del i vården kring patient med substansbruk. Problem som beskrevs av deltagarna var att remisser till specialistpsykiatrin studsar tillbaka och ökar därmed ansvar och vårdtyngd inom primärvården. Deltagarna beskriver behov av ökad samverkan för att kunna möta patientgruppen samtidigt som de identifierar resursbrister inom primärvården vilket försvårar omvårdnadsprocessen.

Slutsats, kliniska implikationer och framtida forskning

Examensarbetet lyfter behov av ökad omvårdnads kunskap inom psykiatri för sjuksköterskor inom primärvården i Västra Götalandsregionen men visar också på vilja att tillsammans med övriga kompetenser inom vården förbättra vården för patienter med psykisk ohälsa och missbruk. Särskilt kompetens om substansbruk efterfrågas för att bättre kunna bemöta patienter med samsjuklighet. Att tolka och förstå behov och önskemål är särskilt viktigt för denna patientgrupp då substansbruk och psykiatriska diagnoser är starkt förknippad med stigma. Det kan förbättra följsamheten till behandling och förbättrad hälsa. Forskning med fokus på omvårdnad av personer med substansbruk är ett eftersatt område och det är en förhoppning att denna studie kan belysa behovet.

Studien lyfter även behovet och vikten av psykiatrisjuksköterska och vårdsamordnare inom primärvården. Dels för att öka förståelsen till patienter med substansbruk men även stärka sjuksköterskan som profession. Deltagarna uttryckte önskan att i högre grad nyttja psykiatrisjuksköterskans kompetens mer inom primärvården. Ytterligare forskning kring yrkesrollen behövs för att stärka, värdesätta och ge evidens för specialistsjuksköterskans profession inom primärvården.

Referenslista

Anderson, P., O'Donnell, A., & Kaner, E. (2017). Managing Alcohol Use Disorder in Primary Health Care. *Current psychiatry reports*, 19(11), 79.

<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0837-z>

Arbetsförmedlingen (2021). Psykiatrisjuksköterska. Hämtat 220820 från

[Hitta yrken - Arbetsförmedlingen \(arbetsformedlingen.se\)](https://www.arbetsformedlingen.se/hitta-yrken)

Björkelund, C., Svenningsson, I., Petersson E-L, Westman, J Hange, d., Wiegner, L., Magnil-Molinder, M., André, M., Wikberg, c., Holst, A., af Winklerfeldt, S., Udo, C., Wallin, L., Möller, C., Nejati, S. Augustsson, P (2020). Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa i primärvården - forskning, organisation och implementering. Allmänmedicinskt centrum. Göteborg 2020.

Bolshakova, M., Bluthenthal, R., & Sussman, S. (2019). Opioid use and misuse: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 34(9), 1105-1139.

Clossick, E., & Woodward, S. (2014). Effectiveness of alcohol brief interventions in general practice. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(11), 574-580.

Cöster, H. (2014). Forskningsetik och ömsesidighet- vård, social omsorg och skola. Stockholm: Liber AB. ISBN: 9789147105564

Denis, A. (2019). Managing Opioid Use Disorder: The Nurse Practitioner Addressing the Challenge. *Medsurg Nursing*, 28(5), 281-316.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från ide till examination inom omvårdnad* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.

Etikprövningsmyndigheten. (2022, 4 maj). *För forskningsperson - Etikprövningsmyndigheten*. [För forskningsperson - Etikprövningsmyndigheten \(etikprovningen.se\)](https://www.etikprovningen.se)

Eriksson, T. (2018). *Laroboken. Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende: Ett beslutstöd vid utredning och behandling*. Hämtad från [klinisk-handbok-laro-2018-01-03.pdf \(akademiska.se\)](https://www.klinisk-handbok-laro-2018-01-03.pdf)

Franck, J. Nylander, I. (2015). Skadligt bruk och beroende. I Franck, J. & Nylander, I. (red.). *Beroendelära*. (s.15-16). Studentlitteratur.

- Herlofson, J., & American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5 : Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*.
- Hoffman, O. (2015). Opiater och opioider. I Franck, J & Nylander, I. (red.), *I Beroendemedicin*. (2 uppl. s.201-208). Studentlitteratur.
- Holloway, A. (2015). Alcohol-related harm in the practice. *Practice Nursing*, 26(1), 10-15.
- Janlöv, A., Johansson, L., & Clausson, E. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: District nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 987-996.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från ide till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Lacey, J. (2012). Reducing alcohol harm: Early intervention and prevention. *British Journal of School Nursing*, 7(2), 83-86. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2012.7.2.83>
- McKay, J. R., & Hiller-Sturmhofel, S. (2011). Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 356–370.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : En introduktion* (3., [uppdaterade] uppl. översättning: Per Larson ed.).
- Nylander, I. (2015). Beroendemekanismer. I Franck, J. Nylander, I (red.). *Beroendelära*. (s.63-71). Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen : Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (2. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9 th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från ide till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning psykiatrisk omvårdnad. Hämtad från [Kompetensbeskrivning specialist psykiatri.pdf \(psykriks.se\)](#)

Scheel, M., & Degerman, J. (1996). *Interaktionell omvårdnad : Vetenskaplig grundval - etik och omvårdnad* (1. uppl. ed., Vårdvetenskapligt bibliotek).

Socialstyrelsen. (2016, 2 februari). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.* [Primärvårdens uppdrag \(socialstyrelsen.se\)](#)

Socialstyrelsen. (2019, 16 januari). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.* [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende \(socialstyrelsen.se\)](#)

Socialtjänstlag, SoL. (2021;453). Socialdepartementet. Hämtad från [Socialtjänstlag \(2001:453\) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2022:1034 - Riksdagen](#)

Statens offentliga utredningar, SOU. (2021:6). *God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.* Stockholm Socialdepartementet. ISBN 978-91-525-0019-4 Hämtad från [God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa, SOU 2021:6 \(gov.se\)](#)

Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimeradsjukskoterska>

Sveriges kommuner och Regioner, SKR. (2019). *Nationella vård- och insatsprogram.* Hämtad 2022-09-12 från [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#)

[SFS 2020:1043 Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\) \(lagboken.se\)](#)

Västra Götalandsregionen. (2021). *Regional medicinsk riktlinje - läkemedel. Alkohol - skadligt bruk och beroende.* Hämtad 2022-08-30 från [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Alkohol – skadligt bruk och beroende \(vgregion.se\)](#)

Västra Götalandsregionen. (2022). *Regional medicinsk riktlinje. Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna).* Hämtad 2022-08-29 från [Ansvarsfördelning och konsultationer primärvård och specialistpsykiatri \(uppdragpsykiskhalsa.se\)](#)

Västra Götalandsregionen. (2020a). Regional medicinsk riktlinje. *Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger*. Hämtad 2022-08-30 från [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel, Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning \(vgregion.se\)](#)

Västra Götalandsregionen. (2020c). Regional medicinskriktlinje. *Opioider - skadligt bruk/ beroende*. Hämtad 2022-09-03 från [Opioider - skadligt bruk och beroende \(vgregion.se\)](#)

Västra Götalandsregionen. (2020b). Regional medicinsk riktlinje. *Psykisk ohälsa i primärvården-uppföljning med hjälp av vårdsamordnare*. Hämtad 2022-09-10 från [Regional medicinsk riktlinje - Psykisk ohälsa i primärvård - uppföljning med hjälp av vårdsamordnare \(vgregion.se\)](#)

Wiklund Gustin, L. (2019). Att utbilda sig till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. I Wiklund Gustin, L (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa : på avancerad nivå* (s. 29-45). Lund: Studentlitteratur

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing Research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh ed.).

Söderpalm, B. (2015). Alkohol. I Franck, J. & Nylander, I. (red.), *I Beroendemedicin*. (2 uppl., s.105-107). Studentlitteratur.

Bilaga 1

Tabell 1: Ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna. Vårdgivarwebben.	
Primärvård:	Specialistpsykiatri:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADHD - uppmärksamma och kartlägga problematik ▪ Autismspektrumtillstånd - uppmärksamma och kartlägga problematik enl. RMR ▪ Generaliserat ångestsyndrom ▪ Paniksyndrom ▪ Social fobi ▪ Tvångssyndrom ▪ Krisreaktion ▪ Uppmärksamma symtom på psykosjukdom och etablera kontakt med specialistpsykiatrin enl. Psykosjukdomar, tidig upptäckt ▪ Lindrig och medelsvår depression ▪ Okomplicerade recidiverande depressioner ▪ Gravida patienter med lindrig och måttlig ångest och depression ▪ Substansbruksyndrom - alkohol ▪ Substansbruksyndrom - benzodiazepiner & hypnotika ▪ Upptäcka substansbruksyndrom - cannabis, centralstimulantia, opioider ▪ Spelberoende - Råd och psykosociala insatser. ▪ Personlighetssyndrom - symtomorienterad behandling vid lindriga symtom & funktionsnedsättningar. ▪ Självskaideproblematik - upptäckt och behandling vid lindrig och medelsvår symtomatologi. ▪ Identifiera och behandla - PTSD ▪ Åtstörningar - Upptäckt, bedömning, motivering, behandling i lindriga fall. ▪ Utmattningssyndrom ▪ Somatoformt syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADHD - utredning och behandling ▪ Autismspektrumtillstånd – utredning samt behandling av allvarlig psykisk samsjuklighet ▪ Tvångssyndrom med komplex symtomatologi och funktionsnedsättning ▪ Tourettes syndrom ▪ Psykosjukdomar, tidig upptäckt och behandling. ▪ Bipolära syndrom ▪ Medelsvår depression med komplex problematik ▪ Svår depression ▪ Komplicerade recidiverande depressioner ▪ Gravida patienter med ångest och depression som försämras under graviditet med risk för fostrets hälsa ▪ Substansbruksyndrom cannabis, centralstimulantia, opioider - utredning och behandling ▪ Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO), benzodiazepiner, hypnotika ▪ Spelberoende med allvarliga symtom & funktionsnedsättningar eller allvarlig psykiatrisk samsjuklighet. ▪ Personlighetssyndrom - behandling vid allvarliga symtom & funktionsnedsättningar ▪ Självskada - behandling vid etablerat självskaidebeteende ▪ PTSD med svåra eller komplexa symtom. ▪ Åtstörningar ▪ Utmattningssyndrom-Svåra, komplexa eller utmattningssyndrom med psykiatrisk samsjuklighet. ▪ Uppmärksamma somatisk ohälsa hos patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa.
Ovanstående tabell angående vårdnivå gäller i första hand, om inte RMR vid specifiktillstånd anger något annat.	

Bilaga 2



Förfrågan om medverkan i en intervjustudie

Vi är två sjuksköterskestudenter som specialiserar oss i psykiatri och ska skriva ett examensarbete på magisternivå. Vi arbetar båda inom specialistvård område beroende inom Sahlgrenska Universitetssjukhus. I vårt examensarbete söker vi dig som vill bistå med dina tankar och åsikter om vård av patienter med substansbrukssyndrom inom primärvården.

Information till forskningsperson

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Den specialistpsykiatriska beroendevården har under senare år haft minskade resurser vilket lett till ökat behov av insatser inom primärvården. Vi önskar få mer kunskap om hur psykiatrisjuksköterskor upplever vården av substansbrukssyndrom inom primärvården. Hur identifieras beroendeproblematik, vilken vård erbjuds, och hur ser kontakten med andra vårdinstanser ut? Vi är intresserade av att ta reda på dina erfarenheter och reflektioner utifrån ditt yrkesuppdrag.

Hur går studien till?

Studien innebär att du deltar i en intervju, ca 25-30 minuter, tillsammans med båda oss studenter (i undantagsfall en av oss). Intervjun är semistrukturerad vilket innebär att vi använder oss av en förformulerad intervjuguide med vissa huvudfrågor, men att det ges utrymme för följdfrågor och möjlighet för dig att utveckla dina svar. Datum, tid och plats kommer vi överens om. Vi kan ses antingen via distanskontakt eller fysiskt möte.

Målet är att intervjua sex-sju sjuksköterskor under hösten 2022, materialet kommer sammanställas med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Uppsatsen kommer presenteras vid ett muntligt examinationsseminarium vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och publiceras i universitetets databas för uppsatser (www.gu.pea.ub.gu.se).

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Riskerna att medverka i studierna bedöms som ringa och intervjuerna ska inte orsaka obehag, men om detta sker är du välkommen att ta kontakt med huvudansvarig för examensarbetet enligt uppgifterna nedan.

Vad händer med mina uppgifter?

Insamlade data kommer endast användas för avsett ändamål. Du som informant garanteras att inget du säger eller uttrycker kan härledas till dig som person. Materialet kommer att behandlas enligt uppställda etiska regler, innebärande att intervjuerna avkodas och enbart behandlas av personer som är involverade i studien. Inspelat material förvaras på säkert ställe där inga obehöriga har tillgång. Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679. Göteborgs universitets dataskyddsombud nås på dataskydd@gu.se eller 031-786 00 00.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När forskningsstudien är färdig och examinerad kan vi skicka ett exemplar av uppsatsen till dig, om du önskar.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning kommer utgå i studien då intervjun kommer att göras under arbetstid och sedvanlig försäkring under arbetstid då gäller.

Deltagandet är frivilligt

Deltagandet är frivilligt och om du önskar avbryta ditt deltagande kan du göra detta innan, under eller efter intervjutillfället. Du behöver inte uppge varför du önskar avbryta ditt deltagande. För att avbryta ditt deltagande kontakta studieansvariga.

Ansvariga för studien

Matilda Nylander, student, leg.sjuksköterska, gusmatilny@student.gu.se, tel:073-3327090

Linda Johansson, student, leg.sjuksköterska, gusjohlidi@student.gu.se, tel: 072-3827850

Handledare

Lena Johansson, universitetslektor, lena.maria.johansson@gu.se, tel: 0709-385324

Bilaga 3

Introduktion

1. Kan du berätta din ålder, kön, yrkeserfarenhet, yrkeserfarenhet på nuvarande arbetsplats, anställningsform, utbildning, antal listade vc?

Patientmöte

2. Kan du beskriva hur ett patientmöte ser ut vid misstänkt substansbrukssyndrom? Vilka tillfällen görs dessa i? (- Vad görs i ett patientmöte? Finns struktur? hur bedöms patienten- används bedömningsinstrument? samtalsstruktur, görs psykoedukation, hur hanteras drogsug, bedrivs nedtrappning/läkemedelsbehandling, isf hur? Vilka verktyg används?(stress, sömn, träning, samsjuklighetbehandling?)
3. Kan du beskriva hur ett patientmöte ser ut med patient med diagnostiserad substansbrukssyndrom? (- Vad görs i ett patientmöte? Finns struktur? hur bedöms patienten- används bedömningsinstrument? samtalsstruktur, görs psykoedukation, hur hanteras drogsug, bedrivs nedtrappning/läkemedelsbehandling, isf hur? Vilka verktyg används?(stress, sömn, träning, acceptans, copingmekanismer, samsjuklighetbehandling?)
4. Vad skiljer sig i patientmötet vid riskbruk och utvecklat beroende?(vilka insatser prioriteras i patientfall- riskbruk/beroende?)
5. Hur nyttjas din specialistkompetens i patientmötet inom primärvården?
6. Hur jobbar ni med beroendeproblematik på primärvårdsnivå(vilket patientgrupp möter ni- är det mildare riskbruk?)?
7. vad anser du är patienternas behov av vård vid substansbrukssyndrom?

Verksamhet

8. Finns det någon teamarbete riktat till substansbrukssyndrom? Hur arbetar ni? Din roll? Samordnare? Vilka arbetar specifikt med substansbrukssyndrom?
9. hur ser du på behovet psykiatrisjuksköterska med kompetens om substansbrukssyndrom inom primärvården? Motivera?
10. Hur ser yrkeserfarenheten ut till patientgrupp med substansbrukssyndrom? Vilka utbildningar finns inom verksamheten för att nyttja i patientmötet? (Steg 1 utb MI KBT Interna utbildningar)
11. Hur skulle psykiatrisjuksköterskans kompetens inom substansbrukssyndrom kunna implementeras inom primärvården som inte görs idag?... Motivera!
12. Vad gör ni för preventiva insatser för personer med substansbrukssyndrom(naloxon/läkemedel mot alkoholsug/Antabus/tablett nedtrappning?)
13. har du något mer kring temat psykiatrisjuksköterska- substansbrukssyndrom inom primärvård du vill säga som du känner att vi inte har tagit upp idag?