

Intensivsykepleieres beskrivelser av utfordringer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger – en kvalitativ studie

Anne Paulsen

Vestre Viken HF, Ringerike sykehus, Norge

E-post: anne.paulsen1@gmail.com

Barbro Haugerud Prebensen

Medisinsk klinikk, OUS ULlevål, Norge

Ådel Bergland

Ph.d., professor, Lovisenberg diakonale høyskole, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Intoksikasjon er et alvorlig helse- og samfunnsproblem og forårsaker mange sykehusinnleggelser. En betydelig andel av intoksikasjonspasienter innlegges i intensivavdelinger. Intensivsykepleiere skal ivareta akutt kritisk syke mennesker, og samt sikre et forsvarlig behandlingstilbud. Med bakgrunn i antall innleggelser av intoksikasjonspasienter er det et behov for kunnskap om hvordan intensivsykepleiere erfarer behandlingen av intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger.

Hensikt: Å utforske utfordringer intensivsykepleiere erfarer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger.

Metode: Kvalitativt utforskende design med individuelle semistrukturerte intervjuer med et strategisk utvalg bestående av seks intensivsykepleiere fra østlandsområdet med 2–19 års erfaring. Datamaterialet ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Intensivsykepleierne erfarte manglende forutsetninger for å gi god sykepleie, som resulterte i en følelsesmessig belastning. De opplevde egen kompetanse som utilstrekkelig i møte med intoksikasjonspasienter. Intensivsykepleierne hadde stor vilje for å få til en mer helsefremmende behandling for intoksikasjonspasienter, men det tappet dem for energi å oppleve at kvaliteten på intensivsykepleien som ble gitt, ikke var tilstrekkelig.

Konklusjon: Studien viste at intensivsykepleierne erfarte flere utfordringer i behandling av intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger. Det fremkom et behov for ytterligere opplæring og kunnskap om rus, rusmisbruk og psykiatri. Intensivsykepleierne etterlyste også bedre retningslinjer for hvordan de skal forholde seg til agitert atferd, med tanke på beredskap for å håndtere

uforutsigbare situasjoner. Ved å øke intensivsykepleiernes mestringsfølelse vil den følelsesmessige belastningen kunne reduseres for den enkelte. Intensivsykepleierne erfarte å være en del av et utilstrekkelig hjelpeapparat for intoksikasjonspasienter.

Nøkkelord: *intensivsykepleiere; erfaringer; utfordringer; intoksikasjonspasienter; intensivavdelinger*

Abstract

Challenges ICU nurses experience when nursing intoxicated patients in the ICU setting

Background: Intoxication is a serious health- and societal problem that causes many hospitalizations. A significant proportion of intoxicated patients is admitted to Intensive Care Units (ICUs). It is ICU nurses' responsibility to care for critically ill patients and to ensure a sound and proper treatment regimen. Due to the number of hospitalizations of intoxicated patients in ICUs there is a need for more knowledge about ICU nurses' experiences of nursing these patients.

Aim: To explore challenges ICU nurses experience when nursing intoxicated patients in the ICU setting.

Methods: Qualitative explorative design with individual semi-structured interviews. The study has a strategic sample of six ICU nurses from the Eastern region of Norway with between 2–19 years of experience. The data was analyzed using qualitative content analysis.

Results: ICU nurses experienced their competencies as insufficient when facing intoxicated patients, and experienced a lack of prerequisites to give quality nursing, resulting in emotional strain. ICU nurses showed a great willingness to achieve quality treatment with better health outcomes, but it drains them of energy feeling that the quality of the intensive care nursing is not sufficient.

Conclusion: The study showed that ICU nurses experienced several challenges when treating intoxicated patients. There is an apparent need for building competencies with regards to intoxication, substance abuse and mental health. ICU nurses also called for better guidelines on how to react to agitation and violent behavior in connection with their readiness to handle unpredictable situations. By increasing ICU nurses' coping skills with regard to the above they will be able to lower the emotional strain. ICU nurses experienced to be part of a system that is insufficient to treat intoxicated patients.

Keywords: *ICU nurse; experiences; challenges; intoxicated patients; ICU*

Bakgrunn

Intoksikasjon er et alvorlig helse- og samfunnsproblem som forårsaker mange sykehusinnleggelser (1–3). I Norge ble over 15 000 innleggelser i spesialisthelsetjenesten i 2019 relatert til intoksikasjon (4). Årsakene til intoksikasjon er som oftest rusrelatert, suicidalitet, en appell om hjelp eller et uhell (5). Pasienter som legges inn med intoksikasjon er svært forskjellige, og årsakene til misbruket er vanligvis sammensatte (6). Det kan være økonomi, familiesituasjon og utfordringer med å tilpasse seg i samfunnet (6). Mange av pasientene kan også ha opplevd å bli stigmatisert og ha tidligere negative erfaringer med helsepersonell (6,7). Intoksikasjonspasienter kan oppleves uforutsigbare og kan i noen situasjoner vise uro og agitasjon som gjør at det oppfattes som en utfordrende pasientgruppe å behandle (8).

Intoksikasjon kan gi nedsatt bevissthet, respirasjonsstans eller hjertestans (9). Intoksikasjonspasienter kan derfor ha behov for overvåkning og intensivbehandling med spesialisert utstyr og spesialutdannet personell (10). En betydelig andel av intoksikasjonspasienter legges derfor inn i intensivavdelinger. I 2018 var det i Norge over 5 000 innleggelser i intensivavdelinger med intoksikasjon (4,11). Intoksikasjon var en av de to vanligste årsakene til innleggelse i intensivavdelinger for pasienter under 60 år i Oslo i 2019, og medianalderen ved innleggelse for pasienter med selv påført intoksikasjon er 31 år (12). Intoksikasjonspasienter er i gjennomsnitt innlagt i intensivavdeling i 3 dager, og 98 prosent av pasientene skrives ut uten sekveler (3). Imidlertid legges 29,6 prosent av pasientene inn på nytt med samme årsak til intoksikasjon innen ett år (3).

Systematiske litteratursøk etter studier som har utforsket intensivsykepleieres erfaringer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger identifiserte kun en studie fra Sverige (6). I studien til Wedin, Sandstrøm, Sandstrøm og Forsberg (6) beskrives det at intensivsykepleierne fryktet atferden hos intoksikasjonspasienter som var innlagt, og at de hadde bekymringer knyttet til hva pasientene hadde intoksikert seg på. Wedin et al. (6) fant også at intoksikasjonspasienter kan utfordre intensivsykepleieres muligheter for å arbeide i samsvar med yrkesetiske retningslinjer. Studien beskriver et behov for økt kompetanse for å kunne yte bedre sykepleie til denne pasientgruppen. Ingen tilsvarende studier fra Norge er identifisert.

Det foreligger imidlertid studier om sykepleieres erfaringer med intoksikasjonspasienter i andre kontekster enn i intensivavdelinger. Studier har vist at i sine møter med intoksikasjonspasienter, kan sykepleiere i akuttmottak og sengeposter oppleve komplekse og utfordrende situasjoner som kan være vanskelige å håndtere (8,13,14). Sykepleiere har også uttrykt at det kan være utfordrende å utøve god sykepleie til pasienter som blir innlagt etter å ha brukt illegale rusmidler, da dette er en pasientgruppe som skaper utrygghet og utfordrer sykepleiernes holdninger, følelser og meninger (8,15). I en studie om mellommenneskelige utfordringer i møte med intoksikasjonspasienter, kom det frem at redselen for vold, manipulativ atferd og uansvarlig oppførsel var noen av faktorene som påvirket sykepleieres evne til å yte omsorg (15). Tidligere studier har også pekt på at intoksikasjonspasienter som gruppe er utsatt for stigmatisering og negative holdninger fra helsepersonell generelt (13,14,16). Studier har også beskrevet at sykepleiere kan ha negative, pessimistiske og stereotypiske holdninger overfor pasienter med et rusmisbruk (13,14). Flere sykepleiere i Fords (15) studie uttrykte at uforutsigbar, aggressiv og truende atferd oppleves ubehagelig i møte med intoksikasjonspasienter i somatiske avdelinger. Det å være konsekvent og grensesettende erfares som en risikofylt strategi, ettersom mange pasienter velger å skrive seg ut på eget ansvar dersom de ikke får viljen sin (14). Negative holdninger til rusmisbrukere er relativt vanlig blant helsepersonell, og bidrar til et redusert helsetilbud for denne pasientgruppen (16). De negative holdningene handler om manglende tillit, følelsen av å bli manipulert og at pasientgruppen oppleves ubehagelig å jobbe med (15).

Helsepersonelloven (17) bruker faglig forsvarlighet som et overordnet juridisk begrep om krav til yrkesutførelse helsepersonell skal gi til alle pasienter. Kravet rettet mot helsepersonell er at det skal ytes en faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (18) har alle pasienter og pårørende en rett til å motta slik helsehjelp. Plikten helsepersonell har innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (17). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at den enkelte sykepleier har et individuelt ansvar for etisk forsvarlig yrkesutøvelse (19). Det innebærer «å gjøre vel», unngå skade og vise respekt for pasientens autonomi (19). En intensivsykepleier skal ivareta akutt kritisk syke mennesker i alle aldre, samt sikre et forsvarlig behandlingstilbud (20). Intensivsykepleiere har også en viktig forebyggende funksjon, og dermed et ansvar for å «identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, og iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom for alle pasientgrupper» (20, s. 2) I tillegg skal intensivsykepleiere sikre pasientens autonomi og integritet gjennom behandlingen i intensivavdelingen (20). I møte med intoksikasjonspasienter kan disse rammene og retningslinjene skape utfordringer for intensivsykepleiere fordi det kan bli vanskelig å gi den behandlingen og omsorgen intensivsykepleierne ønsker.

Med bakgrunn i antall innleggelser av intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger, er det et behov for økt kunnskap om hvordan intensivsykepleiere erfarer møtet med intoksikasjonspasienter og hvilke utfordringer de erfarer. Ettersom det foreligger få studier, og ingen fra Norge, vil vi i denne studien utforske erfaringer fra norske intensivavdelinger. Økt kunnskap vil være av betydning for å kunne gi disse pasientene den behandlingen og omsorgen de etter loven har krav på.

Studiens hensikt

Studiens hensikt er å utforske utfordringer intensivsykepleiere erfarer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger.

Metode

Manuskriptet er utformet i samsvar med sjekklisten COREQ.

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt utforskende design som er hensiktsmessig for å gi økt innsikt og forståelse om et tema som er lite utforsket (21). Kvalitativt utforskende design handler om å søke mer informasjon, og målet er å få bedre kunnskap og dybdeforståelse av et fenomen (21,22).

Tilgang til felt, rekruttering og utvalg

Det ble søkt om tilgang til felt ved to intensivavdelinger ved to ulike sykehus i østlandsområdet. To ulike sykehus ble inkludert for å få variasjon i informantenes erfaringer.

Forespørsel om å delta i studien ble sendt til avdelingslederne ved de aktuelle intensivavdelingene. Avdelingsleder delegerte til fagsykepleier ansvaret for å sende ut forespørsel om å delta til alle sine ansatte som oppfylte studiens inklusjonskriterier: 1) intensivsykepleiere med minimum to års erfaring i avdelinger hvor de møter intoksikasjonspasienter; 2) intensivsykepleiere som har erfaring med å behandle intoksikasjonspasienter. To års erfaring ble valgt for å sikre at informantene hadde tilstrekkelig erfaring med pasientgruppen. Intensivsykepleiere som ønsket å delta, tok selv kontakt med fagsykepleier som videreformidlet kontakt med førsteforfatter.

Et strategisk utvalg ble valgt for å belyse studiens hensikt på best mulig måte (22). Utvalget besto av 6 intensivsykepleiere, fire fra ett sykehus og to fra et annet sykehus. Informantene var av begge kjønn, og i alderen 29 til 55 år. Erfaring som intensivsykepleier varierte fra 2 til 19 år.

Datainnsamling

Innsamling av data ble gjort ved individuelle semistrukturerte intervjuer. Individuelle intervjuer gir innsikt i erfaring og opplevelse, og gir muligheter for en bedre og dypere forståelse for et fenomen slik det erfares av de involverte, samt variasjoner i erfaringene (22,23). Under intervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål om erfaringer, opplevelser og utfordringer informantene hadde erfart med intoksikasjonspasienter (se tabell 1). Vi formulerte et lite utvalg åpne spørsmål for å legge til rette for at den enkelte informant kunne snakke relativt fritt om egne erfaringer, slik at intervjuet kunne ta den retningen som var naturlig for den enkelte informant. Intervjuguiden ble benyttet som en huskeliste. Spørsmålene ble basert på relevant litteratur og første og andre forfatternes egne erfaringer som intensivsykepleiere.

Tabell 1 Intervjuguide

Intervjuguide:
- Kan du fortelle om dine erfaringer i møte med intoksikasjonspasienter?
- Hva tenker du kjennetegner dine opplevelser med denne pasientgruppen?
- Kan du fortelle om hva du opplever som utfordrende med denne pasientgruppen?
- Hva er det som gjør at dette oppleves som utfordrende?
- Hva gjør dette med deg?
- Hvordan har du reflektert over dette i ettertid, og har du noen tanker om hva som kunne vært gjort annerledes?
- Har du noen tanker om intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger som vi ikke har berørt og som du ønsker å tilføye?

Informantene var aktive i intervjuene, og beskrev sine opplevelser og erfaringer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger på en utfyllende og detaljert måte. Intervjuene ble gjennomført i informantenes arbeidstid på et møterom ved det

sykehuset hvor informantene arbeidet. Ifølge Tjora (24) er det viktig å gjennomføre intervju på steder informantene kan føle seg trygge. Førsteforfatter hadde hovedansvar for alle seks intervjuene, og andreforfatteren var til stede ved tre av intervjuene. Andreforfatter hadde ansvar for lydopptak og kunne stille oppfølgingsspørsmål ved behov. Intervjuene varte fra 35–65 minutter og ble gjennomført i perioden april–mai 2020. Alle intervjuene ble innspilt og deretter transkribert ordrett. For å ivareta kravet om anonymitet ble dialekt omskrevet til bokmål, slik at informantene ikke kunne identifiseres gjennom språklige særpreg. Datamaterialet besto av 40 transkriberte A4 sider, og det var beskrivende og rikt. Sitater og utsagn som er brukt i artikkelen er hentet fra de ulike informantene.

Analyse

Datamaterialet ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundmans beskrivelser (25–27). Innholdsanalysen identifiserer både et manifest og et latent innhold av teksten (27). Det manifeste innholdet tar utgangspunkt i det ordrette som fremkom under intervjuene, og i det latente tolket vi som forskere den underliggende meningen i teksten. Analysen har en induktiv tilnærming (26).

Det transkriberte materialet ble lest flere ganger av første- og andreforfatter for å få et helhetsinntrykk. Deretter startet arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter som hadde en selvstendig mening i forhold til studiens hensikt. De meningsbærende enhetene ble deretter kondensert og kodet. Arbeidet ble gjort i fellesskap ved at vi satt sammen og jobbet, og vi kommuniserte via delte dokumenter. De meningsbærende enhetene og kodene utgjør i materialet det manifeste innholdet i analysen (26,27). Videre analysearbeid med subtema og tema ble også gjort i fellesskap og i dialog med sisteforfatter. Vi diskuterte tolkninger for å finne ut hva teksten egentlig handlet om, og vi beveget oss nå til det latente innholdet i teksten ved å beskrive en tolkning av den underliggende meningen (26,27). Tema viser en sammenheng med den latente meningen i materialet, og analysen resulterte i to subtemaer og et tema (se tabell 2). Det ble ikke brukt NVivo under analysen. Analysen ble gjort manuelt ved hjelp av fargekoder og tabeller.

Etikk

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 655798). Studien er gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (28), og Lovisenberg diakonale høgskole sine retningslinjer for personvern og sikker lagring av forskningsdata. Deltagelsen var basert på informert samtykke. Alle informantene ble forelagt et informasjonsskriv med studiens bakgrunn, formål og informantenes rettigheter ved deltagelse, og de ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at det ville få noen konsekvenser. Skjemaet ble signert før intervjuene begynte. Transkripsjonene ble anonymisert, oppbevart innelåst og destruert ved prosjektets slutt.

Tabell 2 Eksempel på analyseprosessen frem til subtemaer og tema

Tema: «Vi vil mer, når intoksikasjonspasientene ikke får god nok behandling tapper det intensivsykepleierne for energi»			
Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsenheter	Koder	Subtema
Det er både skremmende å se at noen unge mennesker, at man går til grunne, og gamle mennesker også. At de bare velger den avhengigheten. Og det er fælt å se.	Skremmende å se at mennesker går til grunne. Fælt å se at de velger avhengigheten.	Skremmende og fælt å se at mennesker går til grunne.	Intensivsykepleiernes manglende forutsetninger for å gi god sykepleie resulterer i en følelsesmessig belastning.
Samtidig så synes jeg at ja, at det er vanskelig å føle at man bidrar nok. Til de som faller utenfor systemet og ikke føler seg sett, og ikke føler at de får den hjelpen de trenger egentlig.	Vanskelig å føle at man bidrar nok. Får ikke hjulpet de som faller utenfor systemet og ikke får den hjelpen de trenger.	Vanskelig å føle en ikke får hjulpet nok.	
Det er nok, det er mange situasjoner med intoksikasjonspasienter at jeg har vært redd fordi noen av de kan bli veldig voldsomme og utagerende, og de sitter inne på et rom og er alene med dem, for eksempel på nattevakt, så føler en seg veldig hjelpeløs hvis de ligger helt rolig i sengen også plutselig hopper de til.	Vært redd mange ganger fordi pasienten kan bli voldsom og utagerende. Føler seg hjelpeløs hvis en sitter på et rom alene.	Føler seg redd og hjelpeløs.	

Resultat

Analyseprosessen resulterte i ett hovedtema og to subtemaer. Hovedtema var «Vi vil mer, når intoksikasjonspasientene ikke får god nok behandling tapper det intensivsykepleierne for energi». Videre i resultatpresentasjonen beskrives de to subtemaene «Intensivsykepleiernes manglende forutsetninger for å gi god sykepleie resulterte i en følelsesmessig belastning» og «Intensivsykepleierne opplevde sin kompetanse som utilstrekkelig i møte med intoksikasjonspasienter».

Intensivsykepleiernes manglende forutsetninger for å gi god sykepleie resulterte i en følelsesmessig belastning

Informantene beskrev det som utfordrende at intoksikasjonspasienter er en svært variert pasientgruppe. Noen av pasientene ligger rolig i sengen og er skamfulle over å være på en intensivavdeling, andre er fysisk og/eller verbalt utagerende. Informantene beskrev at de aldri vet hva som venter dem når de skal ha ansvar for en intoksikasjonspasient. Det at pasientene kunne være aggressive ble opplevd som vanskelig og utfordrende. Slike situasjoner kunne skape frykt, redsel og usikkerhet og ble opplevd som en belastning.

Informantene beskrev en pasientgruppe som de mente ofte faller mellom to stoler. På den ene siden har intoksikasjonspasienter behov for overvåking og/eller behandling av respirasjon og sirkulasjon i en intensivavdeling. På den andre siden kan de være i behov av oppfølging og behandling for sin ruslidelse. Informantene opplevde at det eksisterte lite, eller ingen, oppfølging av pasientene etter at intensivbehandlingen var gitt. Dette mente informantene ble underbygget av at mange pasienter var gjengangere i avdelingene. Informantene fortalte om intoksikasjonspasienter som kom tilbake med varierende hyppighet, og de beskrev en hverdag hvor pasientene som oftest ble sendt hjem uten videre oppfølging eller at de forlot avdelingen på eget initiativ, som oftest i det de våknet til. Informantene mente at mangel på oppfølging ga en følelse av å ikke yte tilstrekkelig helsehjelp og at dette var en følelsesmessig belastning.

Vi har mange gjengangere, det som er frustrerende er at vi ikke hjelper de med det de egentlig trenger. (Informant 2)

En av informantene beskrev at det hadde utviklet seg en følelse av apati for å behandle denne pasientgruppen fordi det ikke var noe egnet behandlingstilbud etter oppholdet i intensivavdelingen. Det igjen ga en følelse av avmakt overfor behandlingssystemet. De fleste av informantene beskrev derimot en følelse av urettferdighet overfor en utsatt pasientgruppe som ikke fikk det behandlingstilbudet de hadde behov for og krav på. Dette ga økt engasjement for denne pasientgruppen. Årsaken til at informantene opplevde at pasientgruppen ikke fikk den behandlingen de hadde krav på, var mangel på et helhetlig pasientforløp som inkluderte oppfølging etter oppholdet i intensivavdelingen. Informantene mente det kunne være brudd på intoksikasjonspasientenes rettigheter at de ikke tilbys mer hjelp og ikke får den behandlingen de har krav på.

Dette er en pasientgruppe som er mye større enn vi erkjenner, og som trenger vår hjelp. Vi gir ikke den hjelpen de egentlig trenger. Hadde man studert dette, så hadde det sikkert vært hjemlet i lovverket at de har rettighetene sine på plass, men det får de ikke. Det er ikke noe system, de går rett fra intensiv og hjem. (Informant 3)

Informantene opplevde det også følelsesmessig utfordrende å se hvordan noen mennesker kan «gå til grunne» som følge av sin avhengighet. Dette var særlig utfordrende når det var unge mennesker. Informantene følte seg ofte maktesløse når de måtte sende pasienten ut av avdelingen uten at hen fikk videre oppfølging.

Det er utfordrende at mange av de ikke har lyst til å få behandling, og at flere av de ikke har lyst til å leve. (Informant 3)

Informantene opplevde også at lokalene var lite egnet for behandling av intoksikasjonspasienter, og at dette kunne bidra til en økt belastning for personalet. Når intoksikasjonspasienter ble aggressive, verbalt og fysisk, beskrev informantene at de ikke bare

var bekymret for sin egen del, men også for de andre pasientene i avdelingen. Informantene ble bekymret når utagerende og urolige intoksikasjonspasienter ble lagt på samme rom eller sal som pasienter i respirator. Informantene følte et særlig stort ansvar for å beskytte medpasientene. Noen av informantene beskrev at det også kunne være utfordrende når urolige og utagerende pasienter ble lagt på enerom. De beskrev det som særlig skremmende å stå alene i et adskilt rom når pasienten ble aggressiv og situasjoner eskalerte. Slike situasjoner ble opplevd som ekstra utrygge når det var mindre personale på jobb, som for eksempel på nattevakt eller i helgene. Hvis situasjonen ble opplevd truende, fortalte informantene at de ofte sederte intoksikasjonspasientene.

Vi burde hatt bedre retningslinjer på hvordan vi skal håndtere utagerende pasienter. Vi gir ofte sederende medisiner og til slutt må vi ha de her da vi ikke kan sende de ut med alt de har fått. Det ender også kanskje opp med at de må intuberes, og det er jo en risiko i seg selv. (Informant 1)

Det å gi sederende medikamenter var den måten informantene kunne håndtere situasjonen på for å roe ned situasjonen. I noen tilfeller måtte også intoksikasjonspasienten legges på respirator fordi de ikke kunne holde frie luftveier etter å ha fått for mye sederende medikamenter. Informantene var tvilende til om det er en optimal og hensiktsmessig behandling for pasienten. Det å være tvilende til om behandlingen er riktig, ga samvittighetskvaler og ble opplevd emosjonelt belastende for flere av informantene. Noen informanter beskrev at de hadde gått hjem fra jobb og følt seg redde for hvordan situasjoner hadde blitt håndtert. Noen av informantene erfarte også at det var belastende at man grunnet håndtering av situasjonen ikke fikk bearbeidet ubehagelige hendelser, og slik økte også belastningen over tid. Informantene beskrev at de ønsket mer kollegastøtte, veiledning og debriefing etter utfordrende hendelser.

Intensivsykepleierne opplevde sin kompetanse som utilstrekkelig i møte med intoksikasjonspasienter

Informantene beskrev intoksikasjonspasienter som en pasientgruppe med et variabelt, komplekst og sammensatt symptom- og sykdomsbilde. De følte seg trygge på intensivbehandlingen når det kom til å sikre grunnleggende funksjoner som hjerte- og lungefunksjon, men fortalte om manglende kompetanse til å håndtere intoksikasjonspasientenes emosjonelle og psykiske utfordringer. Informantene beskrev at de manglet kompetanse om rus og ruspåvirkning, og at de heller ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om de psykiske diagnosene som de mente at mange av pasientene hadde. Informantene hadde heller ikke kunnskap om hva en slik diagnose kan innebære av utfordringer for pasienten selv, og hvilken behandling pasienten eventuelt måtte ha behov for.

Informantene beskrev også manglende kunnskap og ferdigheter til å håndtere de atferdsmessige utfordringene som følger med mange intoksikasjonspasienter. Informantene hadde flere ganger stått i situasjoner med intoksikasjonspasienter hvor pasientene ble opplevd som aggressive og truende. Til tross for at dette er en pasientgruppe de ofte

møter i sitt arbeid, opplevde informantene at det hadde vært lite fokus på, og undervisning om, pasientgruppen gjennom bachelor- og videreutdanning. Informantene mente også at det var for lite trening i å håndtere utfordrende situasjoner, både på arbeidssted og i utdanning. Noen av informantene fortalte at deres manglende erfaring også førte til at de hadde begrensede ferdigheter i å håndtere slike situasjoner i avdelingen.

Det er en fortvilelse over ikke å ha kunnskap, vi vet og kan ikke nok, vi har ikke nok trening. Det er ikke lenge siden noen stod i fare for å bli slått ned hos oss, de blir ikke fulgt opp etterpå, det er frustrerende. (Informant 6)

Informantene mente at intoksikasjonspasientene i mange av tilfellene hadde behov for psykiatrisk vurdering eller behandling, og at de ikke hadde psykiatrisk kompetanse tilgjengelig i tilstrekkelig grad for å ivareta pasientenes behov. Informantene beskrev også samarbeidet med psykiatrien som utfordrende. De savnet å ha en psykiater eller psykiatrisk sykepleier tilgjengelig i avdelingen. Lite tilgjengelighet på psykiatrisk kompetanse ved behov, og egen manglende kompetanse innen psykiatri, ble opplevd som utfordrende. For å få et psykiatrisk tilsyn må det tilkalles helsepersonell fra psykiatrisk avdeling, og de var som oftest ikke tilgjengelige i helger eller netter, når avdelingen hadde flest intoksikasjonspasienter. Informantene erfarte at det var vanskelig å skulle holde pasientene igjen i avdelingen til mandag morgen.

Så er det jo selvfølgelig ikke alle intoksikasjonene som er suicidale, men jeg ser jo. Jeg tror det er flere enn det man registrerer fordi vi ikke nødvendigvis spør dem. Men det at man kan løfte dette så høyt opp at somatikk og psykiatri må jobbe sammen om disse her. (Informant 5)

Informantene beskrev også at de opplevde det som utfordrende å vite hvordan lovverket skal tolkes ved tvang, og hvilket handlingsrom det ga dem. De opplevde at de manglet nødvendig kompetanse når de sto i situasjoner hvor tvang ble utført.

Jeg har opplevd større problemer med hvordan vi skal utføre selve tvangen, enn selve agitasjonen. (Informant 4)

Informantene erfarte at intoksikasjonspasienter ofte ikke ønsket å være innlagt, og at så snart de var i stand til det, ønsket mange å forlate avdelingen. Når det skjedde, erfarte informantene at de var i tvil om hvordan de skulle håndtere situasjonen. De var usikre på om de hadde rett til å holde pasienten tilbake med makt, eller med sedering. Informantene opplevde at det var vanskelig å vurdere hva som var etisk og juridisk riktig overfor pasienten. De beskrev at det fantes få retningslinjer i avdelingene for hvordan slike situasjoner skal håndteres. Det ble opplevd spesielt utfordrende når det forelå motstridende meninger om bruk av tvang mellom intensivsykepleierne og behandlende lege. Belastningen og frustrasjonen økte når det var usikkerhet om hvorvidt pasienten var suicidal.

Diskusjon

Studiens hensikt var å utforske utfordringer intensivsykepleiere erfarer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger. Helhetsforståelsen som ble fortolket gjennom analysen, beskrives i hovedtemaet «Vi vil mer, når intoksikasjonspasientene ikke får god nok behandling tapper det intensivsykepleierne for energi». Til tross for at behandlingen av intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger tappet informantene for energi, ønsket de å gjøre mer for disse pasientene. Informantene opplevde at de sto i «krysspress» mellom sitt ønske om en mer helhetlig behandling og oppfølging av pasientgruppen, og den begrensede behandlingen som de opplevde var mulig å gi i intensivavdelingen. Informantene erfarte å stå i situasjoner de opplevde som etisk problematiske fordi de vurderte behandlingen som ble gitt som faglig utilstrekkelig. Dette samsvarer med funn i studien til Wedin et al. (6), hvor informantene også erfarte at de yrkesetiske retningslinjene ble utfordret når de sto i vanskelige situasjoner med intoksikasjonspasientene og kanskje måtte sedere en pasient.

Gjennom analyseprosessen ble det i all hovedsak ikke identifisert negative holdninger mot intoksikasjonspasienter. Det var kun en av informantene som beskrev en form for apati i møte med pasientgruppen. De fem andre ga heller ikke uttrykk for manglende empati for pasientgruppen, de så behovet for et mer helhetlig behandlingstilbud. På denne måten skiller funnene i vår studie seg fra flere andre studier hvor mange sykepleiere beskriver at de har mistet empatien, og hvor negative holdninger overfor pasientgruppen er beskrevet (13,15,16). Informantene i vår studie erfarte hovedsakelig at utfordringene var knyttet til en opplevelse av å ikke kunne gi intoksikasjonspasientene en tilfredsstillende behandling på grunn av egen manglende kompetanse, og det å være en del av et system som heller ikke ivaretok pasientene med et tilbud om videre oppfølging.

Utfordringene informantene erfarte i møte med intoksikasjonspasienter er beskrevet gjennom to subtemaer. Videre diskuteres temaene hver for seg.

Intensivsykepleiernes manglende forutsetninger for å gi god sykepleie resulterte i en følelsesmessig belastning

Informantene i studien beskrev at deres møter med intoksikasjonspasienter kunne være emosjonelt utfordrende. De opplevde mange ulike følelser som skulle kjennes på og bearbeides. Noen av disse følelsene kunne være frykt, redsel, usikkerhet, tristhet, frustrasjon, utilstrekkelighet, motløshet og urettferdighet. Dette er også beskrevet i studien til Wedin et al. (6). Monks, Topping og Newell (14) viser til at empati og engasjement er viktig i relasjonen mellom pasient og sykepleier, og når den er god, fører det til mer positiv og bedre behandling. I studien til Wählin, Ek og Idvall (29) argumenterer de for at en sterk indre drivkraft blant sykepleiere og leger i intensivavdelinger er å få muligheten til å gjøre noe godt for pasientene, pasienters pårørende eller ens egne kollegaer. Det å ha et godt forhold mellom personell/sykepleier/lege og pasient ble beskrevet som det mest energigivende ved arbeidet, og at det også var en av årsakene til at de valgte sitt yrke (30).

De beskrev det som særlig frustrerende, maktesløst og energitappende når pasientene ikke opplevde behandlingen som god (29).

Studier fra akuttmottak og sengeposter har beskrevet hvordan de emosjonelle utfordringene sykepleiere erfarer i møter med intoksikasjonspasienter kan føre til negative holdninger overfor disse pasientene (15,16). Studien til Wedin et al. (6) peker på at intoksikasjonspasienters atferd kan bidra til at intensivsykepleiere mister empatien for pasientgruppen. Til forskjell fra studien til Wedin et al. (6) formidlet ikke informantene i vår studie mindre empati for pasientene, snarere tvert imot. Informantene i vår studie erfarte at de ikke strakk til, og de opplevde avmakt og apati mot det manglende systemet og mangel på tilbud om oppfølging for pasientgruppen. Informantene erfarte dermed at den helsefremmende og rehabiliterende funksjonen de skal inneha som intensivsykepleiere, ble utfordret i møte med intoksikasjonspasientene. Da særlig fordi intoksikasjonspasientene i altfor stor grad ble sendt hjem uten videre oppfølging og behandling. Vallersnes, Jacobsen, Ekeberg og Brekke (30) beskriver i sin studie at 47 prosent av intoksikasjonspasienter i Oslo blir skrevet ut uten videre oppfølging, og 14 prosent skrev seg ut selv. Underbehandling er vanlig for personer med rusavhengighet, med og uten psykiske lidelser (16,30,31). Forebygging av intoksikasjon må gjøres på alle arenaer, også i spesialisthelsetjenesten (32). Vallersnes et al.s (30) studie viser at når faren etter en intoksikasjon er over, finnes det et «gyllent øyeblikk» for endring for denne pasientgruppen. Mange av pasientene er da motivert for å endre sitt rusbruk, og er mottagelige for videre oppfølging (30). Samdal (33) argumenterer for at kunnskap om helsefremmende arbeid er en kunnskap sykepleiere må inneha, men som flere av informantene i vår studie synes var utfordrende. Sykepleiere kan bidra til å fremme gode behandlingsforløp for intoksikasjonspasienter ved at de tidlig identifiserer og iverksetter tilpassede tiltak, slik at behandlings- og omsorgstiltak kan koordineres (32,33).

Den følelsesmessige belastningen informantene opplevde kan føre til moralsk stress (34). Moralsk stress kjennetegnes ved at profesjonelle forpliktelser og integritet krenkes samtidig som man blir hindret i å utføre etisk forsvarlige handlinger (34). Uløste etiske spørsmål kan føre til moralsk stress, som igjen kan gi helseplager (34). Når informantene beskrev en frustrasjon knyttet til et begrenset handlingsrom i møte med intoksikasjonspasientene, opplevde de også at etiske prinsipper ikke ble overholdt. Informantene beskrev at intoksikasjonspasientene ikke fikk ivare tatt sitt behov for helhetlig omsorg og behandling. I studien til Wedin et al. (6) fremgår betydningen av å se personen «bak rusen». I vår studie kan det også se ut til at informantene la stor vekt på dette.

Intensivsykepleierne opplevde sin kompetanse som utilstrekkelig i møte med intoksikasjonspasienter

Informantenes erfaringer var at deres kompetanse som intensivsykepleiere ikke var tilstrekkelig for å kunne ivareta intoksikasjonspasienters behov. De følte seg kompetente i den akutte behandlingen med å sikre tilfredsstillende respirasjon og sirkulasjon. Men de manglet kompetanse innenfor rus og avhengighet og i mange tilfeller psykiske lidelser,

for å kunne gi en helhetlig og helsefremmende behandling til pasientene. Tilsvarende er beskrevet i studien til Wedin et al. (6), hvor intensivsykepleierne opplevde at de hadde mangelfull kompetanse til å behandle intoksikasjonspasienter på en tilfredsstillende måte. I studien til Wåhlin et al. (29), hvor helsepersonell i en intensivavdeling i Sverige er intervjuet, beskrives ulike faktorer som er viktige for å håndtere utfordringer de opplever i sin arbeidshverdag. Det å ikke ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring førte til usikkerhet, da både kunnskap og erfaring var nødvendig for å kunne gi den best mulige behandlingen til pasientene (29). Wåhlin et al. (29) beskriver det som viktig å være praktisk forberedt, men særlig viktig er det å være mentalt forberedt. Informantene i vår studie beskrev intoksikasjonspasientene som en svært variert pasientgruppe. De beskrev at de aldri visste hva som ventet dem, og beskrev en følelse av utilstrekkelighet når de ikke fikk forberedt seg på hvilke situasjoner de kunne møte. Kelleher og Cotter (35) argumenterer for at kunnskap og kompetanse om rus og ruspåvirkning er spesielt viktig for at helsepersonell ikke skal miste empatien for intoksikasjonspasienter.

Informantene beskrev også at det var utfordrende å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere situasjoner hvor intoksikasjonspasienter var aggressive og utagerende. Tidligere studier har også pekt på at agitasjon og aggresjon er fremtredende hos intoksikasjonspasienter, og at helsepersonell opplever det som vanskelig å håndtere slike situasjoner (2,6,15). Det å trene på slike pasientsituasjoner vil kunne bidra til økt handlingskompetanse og dermed også til pasientens sikkerhet (36). Deeskalerende kommunikasjon er et eksempel på en tilnærming som kan bidra til å forebygge aggresjon og agitering, og bidra til økt pasientsikkerhet (37).

Thidemann, Sævareid og Slettebø (38) hevder at kompetanse og trygghet utvikles gjennom erfaring, og med refleksjon over erfaringene. Erfaring, og tidligere arbeidserfaring, hadde innvirkning på hvordan intensivsykepleierne i Wåhlin et al.s (29) studie opplevde hendelser med aggressive og utagerende intoksikasjonspasienter. Det var særlig de med liten erfaring med pasientgruppen som opplevde en større usikkerhet i håndteringen av agitasjon og aggresjon (29). Informantene i vår studie hadde fra 2 til 19 års erfaring fra intensivavdeling. Det at noen følte på frykt og usikkerhet, mens andre i mindre grad beskrev slike følelser, kan forstås ut fra forskjellene i erfaring og dermed ulik kompetanse.

Studiens styrker og begrensninger

Første og andreforfatter er intensivsykepleiere og har mastergrad i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i intensivsykepleie. Studien er deres masterprosjekt. Det kan være både en styrke og en begrensning at forskerne kjenner feltet og fenomenet som utforskes. Kvale og Brinkmann (21) argumenterer for at kunnskap om feltet gir forskeren mulighet til å stille deltagerne hensiktsmessige spørsmål og oppfølgingsspørsmål som lettere vil identifisere vesentlige momenter av betydning for studien. Samtidig kan egen forforståelse ha medført at færre utforskende og oppfølgende spørsmål ble stilt under intervjuene fordi forskerne implisitt forsto hva informantene mente og ikke stilte oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å fortelle mer detaljert. Første- og

andreforfatter skrev ned egen forforståelse før studien ble påbegynt. Både under intervjuene og i analyseprosessen har forforståelsen blitt utfordret ved å lete etter utsagn som var forskjellig fra egen forforståelse. Forskernes kliniske erfaring fra intensivavdelinger kan derfor sies å styrke studiens validitet (39).

Det kan anses som en svakhet at det ikke ble gjennomført pilotintervju. Et pilotintervju kunne gitt en mulighet for å bedre vurdere spørsmålene og eventuelt revidere enkelte spørsmål i intervjuguiden.

Avdelingslederne sendte ut informasjon om studien og delegerte ansvaret for rekruttering til fagsykepleier. Informantene som deltok i studien, tok selv kontakt med fagsykepleier som videreformidlet navn og kontaktinformasjon til førsteforfatter. Alle informantene ga sitt frivillige samtykke før intervjuene begynte. De ble også informert om at de på et hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg uten av det ville få konsekvenser for dem.

En begrensning er at det kun er seks informanter inkludert i studien. Informantene hadde bred erfaring med pasientgruppen, og intervjuene var preget av utfyllende beskrivelser av egne erfaringer med den aktuelle pasientgruppen. Materialet ble derfor vurdert til å ha tilstrekkelig informasjonsstyrke (22) for å belyse studiens hensikt. Informantene var kun fra østlandsområdet, og dette kan være en svakhet, da studien ikke har tilstrekkelig bredde i erfaringene på landsbasis. Beliggenhet, størrelse på sykehusene og samarbeid med psykiatrien kan gi andre erfaringer. Samtidig kan det være en styrke at informantene var fra Østlandet, fordi området er blant de områdene i Norge med høyest innleggelser av intoksikasjonspasienter.

Grundige beskrivelser av metode og utvalg, samt fyldige beskrivelser av analysefaser og resultater med relevante sitater sikrer transparens, og styrker resultatenes overførbarhet.

Konklusjon

Studien viser at intensivsykepleierne erfarte flere utfordringer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger. De erfarte manglende forutsetninger for å gi god sykepleie, noe som igjen resulterte i en følelsesmessig belastning. De opplevde også egen kompetanse som utilstrekkelig. Intensivsykepleierne hadde stor vilje til å få til en mer helsefremmende behandling for intoksikasjonspasienter, men det tappet dem for energi å føle at intensivsykepleien som ble gitt ikke var tilstrekkelig god. Intensivsykepleierne erfarte å være en del av et utilstrekkelig hjelpeapparat for intoksikasjonspasienter.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Intensivsykepleiere møter intoksikasjonspasienter hyppig i intensivavdelinger. Det er derfor viktig at intensivsykepleierne erfarer at de har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere pasientene, noe som igjen vil ha betydning for pasientsikkerheten. Ved å belyse utfordringene intensivsykepleiere erfarer i møte med intoksikasjonspasienter, vil man kunne se på muligheter for forbedringer av kompetansehevende tiltak. Økt kompetanse

vil kunne bidra til et bedre og mer helhetlig helsefremmende behandlingsforløp for denne pasientgruppen. For å trygge intensivsykepleierne i sitt møte med intoksikasjonspasienter bør den faglige kompetansen på relevante områder heves, og dermed heves også pasientsikkerheten. Det fremkommer et behov for ytterligere opplæring og utdanning om rus, rusmisbruk og psykiske lidelser. Intensivsykepleierne etterlyser bedre retningslinjer for hvordan å forholde seg til agitert atferd med tanke beredskap for å håndtere uforutsigbare situasjoner. Ved å øke intensivsykepleiernes mestringfølelse, vil den følelsesmessige belastningen kunne reduseres for den enkelte.

Rett behandling på rett sted er en utfordring i helsetjenesten. Samhandling mellom ulike fagområder i helsetjenesten bør styrkes, slik at intoksikasjonspasienter kan få hjelp for den akutte somatisk helseutfordringen som en intoksikasjon medfører, for deretter å få behandling for sin rus- og avhengighetstilstand og eventuelt psykiske lidelse.

Videre forskning

Videre forskning bør sette søkelyset på hvordan man kan optimalisere behandlingsforløpet for å løse de utfordringene denne studien har belyst. Det finnes også lite forskning om pasientperspektivet hos intoksikasjonspasienter innlagt ved intensivavdelinger, og det vil være hensiktsmessig å utforske hvordan pasientene selv opplever behandlingen. Det bør også gjennomføres intervensjonsstudier hvor effekten av kompetansehevede tiltak for å mestre situasjoner med uro og agitasjon, for eksempel deeskalerende kommunikasjon, studeres. Studier hvor intoksikasjonspasienter tilbys et pasientforløp med oppfølging og behandling etter oppholdet i intensivavdelingen vil også være aktuelt.

Referanser

1. Tollisen KH, Hadley CL, Bjerva M, Dahl GT, Högwall LM, Sandvik L, et al. Clinical impact of chronic substance abuse in a Norwegian ICU-population. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2021;65(4):515–24.
2. Tollisen KH, Bjerva M, Hadley CL, Dahl GT, Högwall LM, Sandvik L, et al. Substance abuse-related admissions in a mixed Norwegian intensive care population. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2020;64(3):329–37.
3. Heyerdahl F, Bjornas M, Hovda KE, Skog K, Opdahl A, Wium C, et al. Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: A one-year prospective study (II): clinical outcome. *Clin Toxicol*. 2008;46(1):42–9.
4. Buanes EA, Kvåle R, Due AB. Årsrapport for 2019. Bergen: Norsk intensivregister; 2020.
5. Kolvik H, Heyerdahl F, Bjørnaas M, Hovda K, Jacobsen D, Ekeberg Ø. Levekår og forgiftningsmønster i Oslos bydeler. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011;131(15):1424–8.
6. Wedin A, Sandström S, Sandström L, Forsberg A. Critical care nurses' experiences of nursing intoxicated patients after abuse of drugs. *Nurs Crit Care*. 2020. <https://doi.org/10.1111/nicc.12533>
7. Sleeper JA, Bochain SS. Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *J Nurs Educ Pract*. 2013;3(7):92.
8. Mäkelä K-L, Kylmä J, Hakala T, Löyttyniemi E, Puolakka K, Koivunen M. Nursing staff's self-assessed skills concerning the care of acutely ill alcohol-intoxicated patients in emergency departments. *Nord J Nurs Res*. 2020;40(1):25–32.

9. Helsedirektoratet. Statistikk og definisjon på overdose [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/statistikk-og-definisjon-pa-overdose>
10. Stubberud D-G. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I Gulbrandsen T, Stubberud D-G, red. Intensivsykepleie. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
11. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken 2018 [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/list/pasient>
12. Tollisen KSH, Bjerva M, Dahl GT, Meidell NK, Sandvik L, Heyerdahl F, et al. Acute illness, co-morbidity and mortality in a Norwegian intensive care population. *Int J Anesthetic Anesthesiol.* 2019. <https://doi.org/10.23937/2377-4630/1410084>
13. Ford R, Bammer G, Becker N. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *J Clin Nurs.* 2008;17(18):2452-62.
14. Monks R, Topping A, Newell R. The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *J Adv Nurs.* 2013;69(4):935-46.
15. Ford R. Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemp Nurse.* 2011;37(2):241-52.
16. Boekel van LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1-2):23-35.
17. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
18. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
19. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internett]. Oslo: NSF; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
20. NSFLIS. Funksjons- og ansvarbeskrivelse for intensivsykepleiere Vedtatt av generalforsamling i Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) [Internett]. Oslo: NSFLIS; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-o>
21. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
22. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
23. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
24. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
25. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12.
26. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today.* 2017;56:29-34.
27. Lindgren B-M, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud.* 2020;108:103632.
28. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Helsinkideklarasjonen 2014 [Internett]. Oslo: Forskningsetisk bibliotek. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
29. Wählin I, Ek A-C, Idvall E. Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(5):262-9.

30. Vallersnes OM, Jacobsen D, Ekeberg Ø, Brekke M. Follow-up after acute poisoning by substances of abuse: a prospective observational cohort study. *Scand J Prim Health Care*. 2016;1.
31. Skogen JC, Torvik Ask F, Hauge LJ, Reneflot A. Rusbrukslidelser i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [oppdatert 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser>
32. Helsedirektoratet. Rus og avhengighet [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [oppdatert 31. august 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet>
33. Samdal GB. Sykepleiere må ha kunnskap om helsefremmende arbeid på individ- og samfunnsnivå. *Sykepleien forskning*. 2021(86988):e-86988.
34. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol*. 2017;22(1):51–67.
35. Kelleher S, Cotter P. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *Int Emerg Nurs*. 2009;17(1):3–14.
36. Rød I, Moen EIW, Struksnes S. Simuleringsbasert teamtrening på barneavdeling. *Sykepleien forskning*. 2017;12:e-61032. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61032>
37. Berring LL, Buus N. Deeskaleringsprocesser: En gennemgang af litteraturen om deeskalering af vold og trusler på psykiatriske afdelinger. *Klin Sygepleje*. 2018;32(1):16–33.
38. Thidemann I-J, Sævereid HI, Slettebø Å. Hva bidrar til at sykepleiere utvikler sin kompetanse? *Sykepleien*. 2020;108(82269):1–13.
39. Skilbrei M-L. Kvalitative metoder: planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.