

Hur upplever sjuksköterskan inom primärvården det alkoholpreventiva samtalet? En pilotstudie

FÖRFATTARE	Cecilia Nilsson-Wallmark
PROGRAM/KURS	VP6910 15,0 högskolepoäng/ Examensarbeteför magister I Vårdpedagogik
	VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Olof Persson
EXAMINATOR	Solveig Lundgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Att inte ta saker på för stort allvar utan att se dem för vad de är, tack Lasse Persson.

Familjen, Claes, Emrik och Vera, tack för att ni stod ut och för att ni hejat på mig.

Utan er alla ingen uppsats

Titel (svensk):	Hur upplever sjuksköterskan inom primärvården det alkoholpreventiva samtalet? En pilotstudie
Title (engelsk):	How does the nurse in a Primary Health Care setting experience the preventive dialogue concerning alcohol? A pilot study
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning: Arbetets omfattning:	Examensarbete för Magister i Vårdpedagogik VP6910 15 Högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Cecilia Nilsson-Wallmark
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Introduktion: Sjuksköterskan ska arbeta preventivt för att förbättra folkhälsan genom att hjälpa och stödja patienten att göra hälsosamma val. En riskfaktor utgörs av förhöjd alkoholkonsumtion och här kan det preventiva alkoholsamtalet äga rum. **Syfte:** Att undersöka hur sjuksköterskan inom primärvården upplever det alkoholpreventiva samtalet **Metod:** En intervjustudie om fem informanter där analysen utgörs kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskan visar olika strategier att närma sig patienten i samtalet. Hon anpassar sig till rådande situation utifrån den diagnos patienten sökt för. Sjuksköterskan uppger också att tillgångar i form av hjälpmedel behövs, hon beskriver konsekvenser av en förhöjd alkoholkonsumtion för patienten och anser slutligen att livserfarenheter är en förutsättning för samtalet. **Diskussion:** I livsstilssamtalet kommer frågor om alkoholvanor ofta ganska sent i samtalet, skälet kan vara brist på planerade riktade samtal om alkohol. Att ha möjlighet till reflektion är en förutsättning för att göra ett bättre arbete eftersom det ibland kan vara en tyngre problematik sjuksköterskan möter hos patienten. I tidigare studier betonas tid för patienten och planering av arbetet som viktig aspekt för att ge god omvårdnad. **Konklusion:** Genom planering och inventering av det alkoholpreventiva samtalet kan bättre förutsättningar ges att genomföra samtalet på ett tillfredställande sätt för patient och sjuksköterska.

Nyckelord: primärvård, utbildning, alkohol, kompetens, prevention

ABSTRACT

Introduction: A nurse works preventive to better public health by helping and supporting patients to make healthy choices. An increased consumption of alcohol constitutes a risk factor and this is where the preventive dialogue can take place. **Purpose:** To examine how nurses in a Primary Health Care setting experience the preventive dialogue on alcohol. **Method:** An interview with five informants was stated and a qualitative content analysis was performed. **Result:** The nurse points out different strategies to approach the patient in the dialogue. She adapts to the existing situation taken in consideration the patient's diagnosis. She describes the consequences of increased alcohol consumption for the patient and finally the options that experience of life as a condition of the dialogue. **Discussion:** In the lifestyle interview questions of alcohol often occurs rather late in the conversation. The reason can be a lack of aimed interviews on alcohol. A possibility to reflect over her work is condition to accomplish better quality of work as it at times can be a complex of problems that the nurse is confronted with. Earlier studies emphasize time with the patient and being able to plan your work an important aspect of caregiving. **Conclusion:** By planning and taking inventory of the alcohol preventive interview better conditions are given to carry out the interview in a, for patient and healthcare nurse alike, satisfactory manner.

Keywords: primary health care, education, alcohol, competence, skills, prevention

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Lagar och styrdokument för sjuksköterskans profession	1
Distriktssköterskans roll inom primärvården	2
Alkoholkonsumtion	2
Prevalens	3
Prevention	3
DSM-kriterier	4
Riskbruksprojektet inom primärvården, Västra Götaland	5
Screeninginstrument och metodik inom primärvården vid alkoholprevention	6
Vårdpedagogisk bakgrund	6
Det pedagogiska mötet	7
Problemområde	9
Syfte/Frågeställningar	10
Metod/Design	10
Urval	10
Datainsamling och analys	11
Analysprocess, tabell 1	12
Forskningsetiska överväganden	12
Risk-Nytta Analys	13
Resultat	13
Beskrivning av genomförandet av kodningen, tabell 2	14
Anpassa sig till rådande situation	14
Ha tillgång till hjälpmedel	15
Betona alkoholens konsekvenser	16
Att vara erfaren	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats	20
Referenslista	21
Bilaga 1: Forskningspersoninformation	
Bilaga 2: Samtyckesinformation till enhetschef	
Bilaga 3: AUDIT	
Bilaga 4: Intervjuguide	

Inledning

Alkoholkonsumtionen i Sverige har de sista åren legat ganska konstant och alkoholen har kommit att bli mer socialt accepterad. Idag går vi på 'after work', träffas över ett glas vin eller öl, matchar mat till vinet eller ölen. Vi dricker "fin" öl från mikrobryggeriet och i många tv-program ingår alkohol som ett naturligt inslag. Att alkohol idag tar en större plats i våra vardagliga liv kan få konsekvenser för en del människor.

Vårdcentralen är ofta den första kontakt individen har med sjukvården, ett högt blodtryck, sömnsvårigheter, svängande blodsocker kan vara en av anledningarna till ett besök. Ett förhöjt alkoholintag kan vara en bakomliggande faktor och enligt Socialstyrelsen (2014) visar forskning på att enkla frågor om alkoholvanor och kort rådgivning (Brief Intervention) tillhör den mest effektiva åtgärd i det vardagliga arbetet – både medicinskt och kostnadsmässigt

Inom primärvården arbetar sjuksköterskan bl. a som rådgivande gällande livsstilsfrågor.

I dessa samtal ligger tyngdpunkten på kost, motion, rökning, och alkohol. Att dessa livsstilsfaktorer är viktiga för en god hälsa vet vi, att de ska belysas vet man också. Det finns en del studier (Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjö, Geirsson & Nilsen, 2008; Jonsson, Ottosson & Berndtsson, 2013) som visar att frågan inte alltid upplevs som naturlig att ställa av sjuksköterskan bl. a beroende av en upplevelse av bristande kunskap.

I föreliggande pilotstudie beskriver fem sjuksköterskor hur de försöker närma sig patienter gällande deras alkoholkonsumtion i ett preventivt syfte. Upptagningsområdet har varierat utifrån geografiskt område, den socioekonomiska bakgrunden och antal patienter varierar på de vårdcentraler som ingått i studien.

Bakgrund

Lagar och styrdokument för sjuksköterskans profession

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SFS 1998:531) ska sjuksköterskan utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt genom detta ge patienten adekvat vård i samråd med denne så långt det är möjligt. All personal inom hälso- och sjukvården skall ha ett yrkeskunnande som gör det möjligt att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård

(SFS 1982:763). Enligt Hälso – och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763,§ 2b) ” *patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.*” För att kunna följa de regelverk som finns kring vård och behandling är det viktigt att sjuksköterskan ges möjlighet till detta. För att arbeta preventivt med alkoholfrågor i syfte att förbättra folkhälsan efterfrågar sjuksköterskan riktlinjer och rutiner (Jonsson et al., 2013). Att arbeta aktivt med att förebygga hälsorisker genom att motivera till förändrade livsstilsfaktorer och att ha förmåga att bedöma patientens resurser är några av sjuksköterskans kompetensområden (Socialstyrelsen, 2005).

Distriktssjuksköterskans roll inom primärvården

Socialstyrelsen (1995:5) beskriver i sin kompetensbeskrivning för distriktssjuksköterskan fyra kunskapsfält; omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsa, medicinsk vetenskap samt pedagogik och ledarskap. Dessa fyra områden är breda och verksamhetsfältet stort, varför kraven på distriktssjuksköterskans handlingsberedskap och flexibilitet är stor. Att reflektera och omsätta kunskap och färdigheter beroende på den verklighet hon/han befinner i är nödvändigt.

Truman (2006) menar att sjuksköterskan i sin profession är väl lämpad för det alkoholpreventiva arbetet eftersom primärvården ofta är den första instans patienten kommer i kontakt med. För att arbeta med prevention och möta patienten krävs bl.a. kompetens och tid avsatt för planering inför samtalet.

Förmåga att tillvarata det friska hos individen, att aktivt förebygga och identifiera hälsorisker men också motivera patienten till förändring ingår i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. För att kunna utföra arbetet krävs förmågan att identifiera och bedöma patients resurser för att kunna undervisa och stödja patienten. Man säger vidare att sjuksköterskan har en central roll när det gäller att inspirera till goda och hälsosamma levnadsvanor (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Alkoholkonsumtion

Alkoholkonsumtion kan studeras utifrån hur vi dricker alkohol (dryckesmönster) d.v.s. kvantitet, frekvens och variation Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD)

redovisade att under 2011 (uppgick den totala alkoholkonsumtionen till 9,43 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre (SoRAD, 2012).

Traditionellt har fokus legat på att mäta kvantitet och frekvens eftersom det betraktats som ett viktigt mått på konsekvenser i form av hälsoproblem, men sedan ett tiotal år har intresset vidgats till att även inkludera variation. Att dricka större mängder vid ett och samma tillfälle, 'binge drinking' (berusningsdrickande) betraktas idag som en riskfaktor inte bara för de rent akuta konsekvenserna t.ex. olycksfall och våld utan även andra hälsokonsekvenser (SOFS, 2011).

Prevalens

Förekomst av riskbruk av alkohol varierar beroende på vilken undersökning man studerar eftersom man ställer olika frågor och syftet varierar. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) () och Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) menar att 13 % av svenskarna har ett riskbruk (STAD, 2014) och Wåhlin (2012) hävdar att genom ett genomsnitt av de undersökningar som gjorts så har 15 procent av Sveriges vuxna befolkning ett riskbruk. Definitionen av riskbruk är en alkoholkonsumtion som ökar risken för att skador uppstår som en konsekvens av alkoholintaget. Män som konsumerar mer än 14 standardglas per vecka och kvinnor mer än 9 standardglas/vecka har således per definition ett riskbruk. Definitionen på måttlig alkoholkonsumtion och som bygger på epidemiologiska studier innebär att män ska inte överskrida 2 standardglas/dag och kvinnor inte mer än 1 standardglas/dag. Allt berusningsdrickande är per definition riskkonsumtion vilket innebär mer än fyra standardglas vid ett och samma tillfälle för män eller tre om du är kvinna. (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Ett standardglas innehåller ca 12 g ren alkohol, och presenteras på följande sätt: 15 cl vin (11-13 %) eller 4 cl starksprit (40 %) eller 33 cl starköl eller 50 cl cider eller 50 cl folköl (3,5 %) ((Statens folkhälsoinstitut, 2005). För att förtydliga hur mängden alkohol man konsumerar ser ut; sex stycken 50 cl folköl motsvarar 24 cl starksprit.

Prevention

Inom förebyggande och hälsofrämjande arbete används begreppen; primär-, sekundär-, och tertiärprevention. Inom primärvården är det framförallt sekundärprevention i relation till alkohol man arbetar med. Primärprevention innebär rådgivning och att åtgärder sätts in i syfte att förhindra uppkomst av sjukdom. Sekundärprevention går ut på att diagnostisera sjukdom så tidigt

att behandling kan inledas i syfte att bota eller bromsa ett förlopp. Tertiärprevention är åtgärder med syfte att skapa begränsning i lidande/handikapp för patienten med redan diagnostiserad sjukdom (McWhinney, 2004). Det är viktigt att påpeka att prevention innebär att förebygga sjukdom men säger egentligen ingenting om hur den enskilde personen upplever detta (Wåhlin, 2012).

DSM-kriterier

Man skiljer idag på missbruk och beroende enligt DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), men efter en revision av DSM - kriterierna har begreppen missbruk och beroende ersatts av ett nytt begrep ”substance use disorder”, där substansen kan variera. Anledningen till förändringen är att det grundläggande tillståndet är detsamma för båda diagnoserna. Diagnosen rymmer elva kriterier där minst två ska vara uppfyllda för att diagnos ska kunna sättas. Man får ett mått på problemets art från mildt (2-3 kriterier) måttligt (4-5 kriterier), och svårt (6- eller fler kriterier) (Läkartidningen, 2013). För en beroendediagnos krävs att tre av nedanstående sju kriterier är uppfyllda (Mini-D IV, 2002):

- Toleransökning – mer alkohol behövs för att uppnå effekt alternativt att den mängd som inte konsumeras längre ger samma reaktion som förväntad.
- Abstinenssymtom – uppkommer när alkoholeffekten avtar, det krävs större mängder dagligen under minst två veckor, typiska symtom är skakningar, svettningar, motorisk oro.
- Kontrollförlust, eller att man konsumerar mer än vad man tänkt sig. Suget (craving) styr över vilja
- Oförmåga att avstå, suget (cravingen) är för stark så att avstå från alkohol inte fungerar.
- Man planerar sin tillvaro för att dricka, vara berusad och att återhämta sig, det får bl. a sociala konsekvenser.
- Att fortsätta dricka trots negativa medicinska konsekvenser.
- Att drickandet medfört konsekvenser för det sociala livet i form av effekter på umgänge, fritid och arbete.

Missbrukskriterier enligt DSM IV (Mini-D IV, 2002) innebär att alkoholkonsumtion leder till en funktionsnedsättning eller lidande och minst ett av fyra kriterier ska uppfyllas, antingen upprepat eller varaktigt under en tolv månaders period. Dessa kriterier är följande:

- Att misslyckas med sina fullgöra sina skyldigheter, kopplade till arbete, skola. frånvaro, försämrade prestationer, missköta hem och/eller barn.
- Försätta sig i situationer som kan medföra betydande risker t.ex. köra bil berusad, arbete med maskiner.
- Upprepade problem med rättvisan.
- Återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur t.ex. gräl, slagsmål.

Riskbruk medför ingen diagnos då alkoholintaget har ännu inte lett till några skador. Det är en viktig indikator för patienten och genom att uppmärksamma alkoholkonsumtionen kan den enskilde ta ansvar för sin fortsatta hälsa.

Riskbruksprojektet inom primärvården, Västra Götaland

Riskbruksprojektet startades 2004 och övertogs av Statens Folkhälsoinstitut 2006 på uppdrag av regeringen. Projektet avslutades 2010, syftet var att tidigt upptäcka riskkonsumtion för att undvika ohälsa och alkoholrelaterade problem. Målsättningen var att frågor rörande alkoholvanor hos patienten skulle bli en självklar del inom primärvården (Riskbruk, Missbruk, Beroende, 2010).

Primärvårdens uppdrag sedan 1 oktober 2009 då vårdvalet infördes innebär att varje enhet har ansvar att informera, stödja och motivera patienter att ta ansvar för sin egen hälsa. Livsstilsfrågor ska integreras i vårdinsatserna som görs för att förebygga och behandla sjukdom. Primärvården ska kunna erbjuda tidig intervention samt behandlingsinsatser vid en alkoholproblematik som inte kräver specialistvård (Nationellt indikatorbibliotek för God vård i primärvården 2009).

Den modell som man då föreslog att primärvården skulle arbeta efter innebar att kontakt etableras med patienten, därefter identifiering och bedömning av problemet som sker via samtal alternativt med screening instrument. Efter en kort rådgivning, här inkluderas patientens egen kunskap samt vilja till förändring, fortsätter modellen med stöd och behandling samt uppföljning som görs av läkare eller sjuksköterska (Riskbruk-Missbruk- Beroende, 2010).

Modellen bygger på att läkare och sjuksköterska ser det som naturligt att ta upp frågan om alkoholkonsumtion under livsstilsfrågorna, man är väl förtrogen med metoder och de screening instrument som finns, t.ex. AUDIT (Riskbruk-Missbruk-Beroende, 2010).

Jonsson et. al (2013) påpekar i sin studie frånvaron av kunskap om detta projekt. Enligt samma författare är det bekymmersamt om alkoholfrågor hanteras olika beroende på vem man som patient träffar inom primärvårdssektorn.

Screeninginstrument och metodik inom primärvården vid alkoholprevention

Ett screeninginstrument som är relativt snabbt och enkelt att använda är AUDIT (se bilaga 3) (Saunders, Aasland, Babor de la Fuente & Grant, 1993). Detta hjälpmedel består av tio frågor som ska identifiera alkoholproblem såsom riskkonsumtion, skadlig konsumtion och beroende. Detta test tar ett par minuter att fylla i och kan göras i väntrummet men även under besöket hos sjuksköterska eller läkare. Testet kan sedan ligga till grund för frågor kopplade till alkoholkonsumtion (SOFS, 2007).

Ett annat instrument är Time Line Follow Back/TLFB, som retrospektivt ser över alkoholkonsumtionen efter överenskommen period. Patient och sjuksköterska går sedan tillsammans igenom den information som framkommer. Med denna teknik kan t.ex. förekomst av mängd alkohol och intensivkonsumtion ses, d.v.s. hur ett alkoholmönster ter sig (Wählin, 2012). Alconackan är ett liknande instrument som består av en alkoholdagbok där patienten registrerar den alkohol som konsumeras prospektivt. Alkoholen översätts till standardglas och patienten kan själv se hur alkoholkonsumtionen ser ut över tid (Wählin, 2012).

Ytterligare en teknik som beskrivs är motiverande samtal/MI, en samtalsteknik som är fokuserat på öppna samtal, en personcentrerad teknik som genom samtal försöker öka individens motivation till förändring (Stewart, 2012). Kärnan i MI är att visa empati genom att försöka förstå patientens känslor och beteende utan att värdera. Genom att undvika argumentation och utgå ifrån patientens mål och värderingar samt tydliggöra skillnaden mellan hur det är och hur det skulle kunna vara och inte minst att stödja patientens tilltro till sig själv kan ett samarbete ske (Wählin, 2012).

Vårdpedagogisk bakgrund

Vårdpedagogik är en verksamhet som utövas av sjuksköterskan och som inbegriper undervisning, kommunikation och information till bl. a patienten (Pilhammar-Andersson 2004).

Begreppet kompetens kan förstås och tolkas olika beroende på i vilket sammanhang kompetensen ska användas. Kompetens kan betecknas som vägar att närma sig lärande i arbetslivet. Formell och reell kompetens där den förstnämnda avser den kompetens som förvärvats genom formell utbildning med betyg eller annan dokumentation från socialt erkända instanser. Den reella kompetensen beskrivs som den faktiska kompetens som en individ besitter och som vederbörande kan utnyttja för att lösa/ eller utföra en uppgift (Ellström, 1992).

Gedda (2001) utgår från en tredelad modell för att förtydliga de olika nivåerna i den pedagogiska kompetensen, detta som ett instrument för att kunna förhålla sig till verksamheten.

Första kompetensnivån utgår ifrån kvalifikationer och skicklighet vad gäller genomförande av en undervisningssituation, här krävs bl. a. specifik ämneskunskap. Andra nivån innebär att ha förmåga till att planera, tillrättalägga och evaluera undervisningen så att undervisningsplan och mål infrias. Den tredje kompetensnivån inbegriper förmågan att kunna tolka, analysera, begreppsutveckla och inte minst reflektera i förhållande till de två förstnämnda nivåerna.

Inom patientundervisning kan taxonomier (klassificering) hjälpa sjuksköterskan i arbetet, att stegvis få patienten att förstå och nå en högre nivå med avseende på kunskap, färdigheter och attityder. Eftersom de båda samarbetar med att nå målet/målen fungerar dessa som både som motivator men också som ett medel för utvärdering (Leijgaard, Christensen & Huus-Jenssen, 2004).

Det kan underlätta för båda parter att ha något konkret att förhålla sig till, att retrospektivt se vad som gick bra respektive mindre bra. Taxonomin kan skapa en pedagogisk kontinuitet (Leijgaard, Christensen & Huus-Jenssen, 2004). Här beskrivs en attityd-taxonomi där första nivån innebär att patienten uppfattar och upptäcker vilket innebär att hon/han observerar och följer med, andra nivån är att integrera handlingar så att de blir vanemässiga vilket innebär att patienten utför och kombinerar handlingar. Den tredje nivån i taxonomin handlar om att utveckla färdigheter vilket innebär att patienten bemästrar och förbättrar (Leijgaard, Christensen & Huus-Jenssen, 2004).

Det pedagogiska mötet

Patientundervisning innebär ofta att patient och personal har olika syn om vad som är viktigt. Att given information ska vara individuellt anpassad står i Patientjournalagen (1985:562), och som vårdpersonal är sjuksköterskan medveten om hur viktigt det är att ge information (Silén, 2013).

Enligt dessa ges ofta en form av lexikalkunskap (textbokskunskap) till patienten och den utgörs av generaliserad kunskap. Generell information om t.ex. alkohol och dess konsekvenser betyder inte att den är relevant för patienten, och det kan vara en orsak till att vederbörande inte förändrar tankar eller handlingar kopplat till ett förhöjt alkoholintag.

Sjuksköterskans möte med patienten bygger på erfarenhet, formell och reell kompetens oavsett om det är ett planerat eller spontant möte. Att ha möjlighet till förberedelse ger båda aktörerna (sjuksköterskan och patienten) trygghet, det oförutsedda minimeras (Klang-Söderqvist & Kneck, 2013).

Att förstå patientens underläge utifrån mindre medicinsk kunskap om sin sjukdom och den beroendeställning det kan leda till är viktigt att uppmärksamma. Att skapa förståelse för detta fenomen gör att sjuksköterskan kan undvika obalans och öka möjligheten till en lärande dialog (Klang-Söderqvist & Kneck, 2013).

I det pedagogiska mötet är utgångspunkten patientens upplevelse, egna frågeställningar. Detta underlättar för sjuksköterskan att identifiera vad patienten har för erfarenhet, kunskap och förståelse. Att börja med att ge information utan att ta reda på förutsättningarna kan vara problematiskt. Patienten förmodas passivt ta till sig informationen men uppmärksamheten kan vara riktad mot egna tankegångar och funderingar (Klang Söderqvist & Kneck, 2013).

Att erbjudas möjlighet till reflektion med stöd av sjuksköterskan kan skapa en förståelse för sin situation t.ex. en förhöjd alkoholkonsumtion.

Det planerade pedagogiska mötet tar hänsyn till de didaktiska frågorna, vad är det man ska lära sig, hur ska man lära sig och varför ska man lära sig (Klang Söderqvist, &Kneck, 2013). Marton & Booth (2000) förtydligar att lärande alltid knutet till ett sammanhang. Vilka är de förväntade målen för lärande, vilken kunskap och färdigheter och förhållningssätt är de mål man vill uppnå och hur ska de följas upp? Med ett planerat möte vilket även indikerar att det handlar om interaktion vilket betyder att samtalet består av ett aktivt lyssnande, observation, reflektion som handlar om både patienten men också sig själv i relation till vederbörande (Klang, Söderqvist & Kneck, 2013).

Problemområde

I mitt arbete träffar jag patienter med varierande alkoholvanor, många har haft kontakt med primärvården men inte alltid fått den hjälp de behövt. Att möta patienten är grundläggande i sjuksköterskans profession, förutsättningarna för en vårdande relation utgörs av lyhördhet, följsamhet och förståelse. Det behövs tid, resurser, kompetens, för att möta patienten i det alkoholpreventiva samtalet, faktorer som den enskilda sjuksköterskan inte alltid styr över.

Primärvården är en arena där vårdpersonalen möter människor i alla åldrar och med individuella behov. Arbetet som sjuksköterska/distriktssköterska är komplext där en bred kompetens krävs. Att kunna verka utifrån situation och ha handlingsberedskap vad gäller det preventiva arbetet kräver kompetens där omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsa, medicinsk vetenskap samt pedagogik och ledarskap ingår. Primärvården är ålagd att arbeta med livsstilsfrågor där sekundärpreventiva åtgärder ingår. Att ställa frågor om alkohol bör sjuksköterskan utifrån bedömning kunna göra. Govier & Rees (2013) menar att professionen bör ta detta ansvar och att stödja patienten i sina livsstilsval.

Distriktssköterskan inom primärvården har idag många ålägganden. På en del enheter finns också idag en fördjupad formell kompetens att kontrollera och förebygga komplikationer vid flera mer eller mindre kroniska tillstånd, t.ex. astma, KOL, diabetes, övervikt, hjärtsvikt, hypertension. Rökning och alkohol är andra områden där primärvården har en viktig förebyggande funktion. En studie av Holmqvist et al. (2008) visar också att 97 % av sjuksköterskorna tycker att det är ”väldigt viktig” eller ”viktigt” att identifiera och erbjuda råd till patienter med hög alkoholkonsumtion. Trots detta är det inte fler än 28 % av dem som ”ofta” diskuterar alkohol med patienten. Geirsson (2011) beskriver att både distriktssköterskor och distriktsläkare uppskattade sin kompetens rörande alkohol som lägre jämfört med sin kompetens gällande andra hälsorelaterade livsstilar. Geirsson (2011) menar att detta kan förklaras genom en brist på praktiska färdigheter inom alkoholområdet, kunskapsbrist och en arbetsmiljö som inte är stödjande. För fortsatt planering av sekundär alkoholprevention bör beskrivna faktorer tas hänsyn till (Geirsson, 2011).

Syfte/Frågeställningar

Det övergripande syftet var att undersöka hur sjuksköterskan inom primärvården upplevde det alkoholpreventiva samtalet? Följande frågor ställdes i intervjuerna:

- Hur gör sjuksköterskan när hon närmar sig alkoholfrågor i patientsamtal? Pratar man överhuvudtaget om patientens alkoholvanor?
- Hur beskrivs ett eventuellt alkoholpreventivt arbete av sjuksköterskan?
- Upplevs tid som en viktig aspekt för samtal gällande patientens alkoholkonsumtion?

Metod/Design

Syftet med kvalitativa studier är oftast att få en bred och noggrann beskrivning av det fenomen man vill belysa. Genom intervjun kan människans syn på verkligheten, upplevelser av olika fenomen låta sig beskrivas. (Ahrne & Svensson, 2011). En väl genomförd intervju ska enligt Kvale (1996) utformas som ett samtal med struktur och målsättning, vikten av att ställa frågor utifrån att informantens beskrivning med varför och vad frågor som sedan ska svara på hur frågan. Att sammanställa en intervjuguide, där öppningsfrågan kan handla om en konkret situation är ett sätt att närma sig informanten (Kvale, 1996).

I den här pilotstudien används kvalitativ innehållsanalys som beskrivs av Lundman & Hällgren Graneheim (2012). Den forskningsteknik som beskrivs har som mål att identifiera likheter och skillnader i texten. Att förstå fenomen som beskrivs i texten där analysen kan fokusera på antingen det manifesta, det uppenbara innehållet eller det latenta innehållet, det underliggande, det som tolkas, det som sägs mellan raderna. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval

Ett riktat urvalet av sjuksköterskor inom primärvård med erfarenhet av samtal rörande alkohol och att primärvårdscentralen hade deltagit i något av nedanstående alkoholpreventiva projekt.

Deltagarna var sjuksköterska/distriktsjuksköterska inom primärvård med erfarenhet av samtal med patienter rörande alkoholvanor. Primärvårdscentralen hade deltagit i något eller några av de

projekt som handlar om alkoholvanor. Dessa projekt var Riskbruksprojekt, ett implementeringsprojekt med målet att få personal inom primärvården att ta upp alkohol i mötet med patienter. Ett annat var SPIRA-projektet (sekundärprevention i primärvården- implementering av metoder för minskat riskbruk av alkohol). Detta syftade till att studera metoder som kan upptäcka riskbruk hos patienter på vårdcentraler. (Silversparre, 2012). Ett tredje projekt var sameuropeiskt, ODHIN (Optimizing Delivery of Health care Intervention) som bl.a. syftade till att öka kunskap om metoder som underlättar det alkoholpreventiva arbetet vid riskkonsumtion.

Arton enhetschefer inom primärvården kontaktades via mejl. De tillfrågades om de ville delge DSK/sjuksköterskor inom sin enhet sänd information (se bilaga 2). Genom enhetscheferna nåddes kontakt med fyra av respondenterna. Den femte respondenten erhöles via en av de intervjuade distriktssjuksköterskorna. Primärvårdsenheterna har olika geografisk spridning inom Västra Götalandsregionen, patienternas socioekonomiska bakgrund skiljer sig åt. Sjuksköterskorna var alla kvinnor och de har arbetat inom professionen mellan 13 -35 år. Tiden som specialistsjuksköterska med vidareutbildning till distriktssjuksköterska varierade mellan 5-17 år, en sjuksköterska hade inte distriktssköterskekompetens, men däremot en terapeutisk vidareutbildning.

Datainsamling och analys

Semistrukturerad intervju (se bilaga 4) med individuella samtal har använts då fokus ligger på det deskriptiva, beskrivandet av det upplevda (Ahrne & Svensson, 2011). Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av det alkoholpreventiva samtalet och större frågeområden valdes för att låta informanten berätta utan att fastna i detaljfrågor.

Data utgörs av inspelade intervjuer där samtalstiden ligger på 25-30 minuter. Innan intervjun påbörjas går författaren igenom frågeområden med informanten och förvissas sig om att syftet med pilotstudien är begriplig. Författaren har för att bekanta sig med informanten börjat med konkreta frågor utifrån utbildning, antal yrkesverksamma år och vårdcentralens geografiska plats i förhållande till patienternas socioekonomiska bakgrund. Intervjuerna transkriberades snarast av författaren så att aktualiteten bevaras. Texterna lästes sedan igenom vid ett flertal tillfällen och utifrån syftet visade sig meningsbärande enheter framträda ur texten. Giltighet enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) är att ge läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas genom att ge en

noggrann beskrivning av urval och att kunna följa analysarbetet. Att presentera citat (se tabell 1), kan ge läsaren ytterligare en möjlighet till bedömning. Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) beskriver tillförlitligheten som reflektioner i varje steg under analysarbetet, där kategorier, underkategorier och teman blivit tydligare. Överförbarheten handlar om att tydliggöra beskrivningen av urvalet, deltagare, insamling och analys av data och de omständigheter som utgör studiens kontext. I tabell 1 nedan ses del av analysprocessen.

Tabell 1 Analysprocess

Meningsenhet	Kondenserade enheter	Kod	Underkategori	Kategori
<i>...man förutsätter, kanske pratar lite, man pratar om mat och dryck sådär lindar in det lite grand, så ..- kommer det ofta fram</i>	Lindar in det lite grand, så kommer det ofta fram	Pratar runt	Avgöra vem patienten är	Anpassa till rådande situation
<i>..att lägga upp det så att barnet inte kan förstå vem du är om du dricker för att du förändras....</i>	Ditt barn känner inte igen dig	man blir förändrad	betona alkoholens konsekvenser	Alkoholens konsekvenser

Forskningsetiska överväganden

Information om studien gavs till alla informanter via telefon eller mejl. De tillfrågades om deltagande och valde själva tid och plats för intervjun. Information om frivillighet gavs dvs. att de kunde avbryta utan att ange orsak till varför. Innan intervjun startades informerades sjuksköterskan igen om att möjligheten att avbryta och att syftet med pilotstudien var klargjort för henne.

Konfidentialitet betonas i Helsingforsdeklarationen (Declaration of Helsinki, 2014) och att det vidtas åtgärder för att skydda försökspersoners integritet. All information som kan spåras och härledas till informanten har ändrats, t.ex. namn på primärvårdcentralen. Vidare garanterades att

det skriftliga materialet och inspelningen stannar hos författaren. Informanterna gavs forskning personinformation (se bilaga1) som skrevs på innan intervjun gjordes. Även enhetscheferna på respektive vårdcentral har godkänt deltagande för sjuksköterskorna innan intervjun påbörjades. En pilotstudie (SFS, 2003:460) behöver heller inte prövas i etikprövningsnämnd då den ingår i examensarbete på avancerad nivå.

Risk-nytta Analys

Frivillighet betonas i forskningspersoninformationen och att intervjun kan avbrytas utan att orsak behöver anges. I samma information finns även kontaktuppgifter till handledare om behov skulle uppstå t.ex. om intervjun eller kontakt med författaren skulle upplevas som kränkande eller på annat sätt svår. Direkta fördelar för informanten finns inte, men intervjun kan ge en möjlighet att reflektera kring sin erfarenhet om alkoholprevention som kan upplevas som konstruktiv. Pilotstudien kan bidra till att öka kunskapen inom ämnet och att utrymme finns för vidare forskning.

Resultat

Resultatet efter bearbetning av intervjuerna gav fyra kategorier som beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av det alkoholpreventiva samtalet. Att anpassa sig till rådande situation, ha tillgång till hjälpmedel, betona alkoholens konsekvenser och att vara erfaren, samt fjorton underkategorier. Alla informanter ställde frågor om alkoholvanor på sina respektive enheter. De hade varierande erfarenhet och olika strategier att närma sig patienten med dessa frågor. En sammanfattning av analysens resultat finns i Tabell 2.

De flesta patienter söker inte vård för ett förhöjt alkoholintag eller för oro inför sina alkoholvanor, detta tar sjuksköterskan hänsyn till och börjar samtalen utifrån vad patienten söker vård för.

Sjuksköterskorna beskriver alla att det oftast är när remissen kommer från läkaren, där man observerat en hög alkoholkonsumtion som samtalen mer direkt handlar om alkohol. Eftersom frågan redan är ställd, är det lättare att ta upp den i samtalet. Kontinuitet är något som man tar upp som en viktig faktor, att lära känna patienten att skapa förtroende.

Tabell 2. Beskrivning av genomförandet av kodningen.

Underkategori	Kategori
Närmar sig alkoholfrågor genom att försöka förstå människan Orsaken till besöket Direkt eller indirekt fråga om alkohol Patologiska parametrar	Anpassa sig till rådande situation
Hur fungerar alkohol Patienten slår ifrån sig Hotar med konsekvenser	Betona alkoholens konsekvenser
Mätinstrument kan hjälpa till Återkoppling till läkare/sjuksköterska Tidsaspekten Hur ser rummet ut	Ha tillgång till hjälpmedel
Använda sig själv i kontakten med patient Förhålla sig professionell Inte bli personlig	Att vara erfaren

Anpassa sig till rådande situation

Genom att ställa frågor utifrån patientens livsstil där kost, motion och tobak var de första självklara frågorna och därigenom få en dialog till stånd var viktiga. Genom kostfrågorna närmade sig sjuksköterskan patientens matvanor för att därefter prata om vad man brukar dricka till maten eller i samband med mat.

...man bara liksom pratar ganska neutralt om mat och dryck, och då, ...då frågar man om det som kommer in på alkoholsituationen...

Via patologiska parametrar som högt blodtryck, höga blodsockervärden kommer sjuksköterskan in på anledningar till symtom. Att visa på samband mellan ett förhöjt alkoholintag och t.ex. blodsockervärden minskar sjuksköterskans intrång i den privata sfären.

...med mina diabetiker så lägger jag upp det på det här viset att jag frågar dem efter deras blodsockervärde

...jag frågar de här sakerna också, för nu ha du ju ditt höga blodtryck och det är ju ändå viktiga frågor för oss för man ser att både eh,... rökning och alkohol kan påverka...

Tid är en viktig faktor som sjuksköterkorna tar upp, och för att kunna etablera kontakt med patienten krävs att ha möjlighet till planering av besöken.

...då kanske man bara träffar patienten fem minuter och då.....och så har de varit inne hos doktorn och då blir det inte att man frågar på samma sätt...

Ha tillgång till hjälpmedel

Det finns behov av hjälpmedel för att sjuksköterskan ska kunna ge information, kunskap och förståelse i ett rådgivande samtal. Rummet som används är ofta sjuksköterskans ”personliga” rum, en miljö som hon har kunnat påverka och ”avdramatisera” eller ett rum avsett endast för samtal. Resurser i form av tid, kontakter med specialister t ex psykolog, alkoholklirik eller andra instanser som kan hjälpa patienter efterfrågas. Ökad kompetens inom alkoholområdet, en informant beskriver att hon saknar input, känslan av bekräftelse på att det hon gör är bra eller dåligt.

...vi pratar ofta om att man ska ge ett rådgivande samtal och det är ett kort samtal och det tror jag man kan ge i alla rum, men när man ska prata mer, men när man ska få patienten att öppna sig så tror jag man behöver ha ett rum där de känner sig lite, ...kan koppla av ...

Att med hjälp av bedömningsinstrument underlätta vid alkoholfrågor, ett frågeformulär att utgå ifrån där frågorna redan är utformade. Ett konkret diskussionsunderlag kan hjälpa till att värdefull information om väsentliga områden inte missas. Utvärdering är lättare att genomföra då man har en baslinje att utgå ifrån. En diskussion kan ske kring eventuella orsaker till det förhöjda alkoholintaget.

...jag menar med AUDIT får du fram, du får fram de här standardglasen, sen kommer ju diskussionen runt det här, vad det är man dricker, vilka sammanhang...

AUDIT är ett bedömningsinstrument som användes av fyra sjuksköterskor, vilka hade varierad erfarenhet av att arbeta utifrån detta formulär. En positiv faktor var att instrumentet var enkelt och att det inte tog så mycket tid i anspråk. Alkonackan/Time Line Follow Back och MI-samtal var två andra hjälpmedel som beskrevs.

...det har ju varit några stycken där det är ett bekymmer, där patienten upplever det... då brukar jag presentera alkonackan för dom...

...sen försöker jag jobba enligt MI- med öppna frågor, hur tänker du kring det..

Bristen på hjälpmedel beskrivs också, i journalen under sökord saknas mer handfasta sökord

...det finns inget sökord för alkohol, utan det är det är livsstil, livsstil står det och där brukar jag själv, för mig är livsstil dom här grejerna och då inkluderar jag alkohol, eller under nutrition där kosten kommer in ...

Betona alkoholens konsekvenser

Genom att betona de konsekvenser ett förhöjt alkoholintag har försöker sjuksköterskan få patienten att förstå allvaret. Har patienten svårt att förändra sina alkoholvanor för sin egen skull försöker sjuksköterskan få honom/henne att tänka på sina anhöriga och hur de kan uppfatta vad alkoholen gör med patienten.

...att lägga upp det så att barnet inte kan förstå vem du är om du dricker för att du förändras...

Det finns en vädjan hos sjuksköterskan, hon betonar för patienten att hon/han inte är där för hennes skull utan för sin egen.

...jag säger som det är till dem, jag tar ett långtidblodssocker som speglar två månader tillbaka i tiden och då ser jag att den du lurar är dig själv...

När jag pratar om riskbruk då blir det så här att de slår ifrån sig, det handlar ju inte om mig, jag klarar av- ja, men försök då (säger sjuksköterskan)...

Genom biomarkörer (blodprover som kan visa på alkoholintag eller leverpåverkan) kan alkoholens påverkan på levern/kroppen visas för patienten. Att följa markörerna över tid kan underlätta för sjuksköterskan att konkret visa att minskat eller ökat intag av alkohol får konsekvenser och vad det kan föra med sig.

Att vara erfaren

Informanterna beskrev ett yrkesliv där man hade arbetat inom olika specialiteter och därigenom träffat människor i olika situationer och med olika behov. Erfarenhet beskrivs bl.a. som kunskap om livet, yrkesrelaterad kompetens. Bristen på reflekterande samtal, handledning kan vara ett skäl till att det ibland känns tungt för sjuksköterskan. Att inte känna att man har erfarenhet inom alkoholområdet beskrevs som frustrerande. De samtal som kan uppstå när patienten erfarit konsekvenser av sitt drickande ställer stora krav på den enskilda sjuksköterskan, vilket en av dem ger uttryck för.

...det är ganska jobbigt ibland, man använder sig själv som instrument med ens eget liv och erfarenheter...

...egna erfarenheter, det tror jag man bygger det på och också förmåga att känna med, att förstå, inte skuldbelägga, att man kan se samband, ofta ganska komplext...

Metoddiskussion

Den metod/analysmodell som valts utgår ifrån syfte och frågeställning. Att fråga om upplevelser i förhållande till samtal gav vid handen att en kvalitativ metod skulle användas. Innehållsanalys är en vanligt förekommande metod för kvalitativa studier och i detta arbete har Lundman och Hällgren-Graneheims struktur används (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Förförståelsen av samtal gällande alkoholvanor fanns hos författaren men inte inom kontexten primärvård. Intervjuerna (förutom telefonintervjun) föregicks på informantens kontor/arbetsplats vilket uppfattades som en trygghet och förhoppningsvis bidrog till en trovärdig intervjusituation.

En av distriktsjuksköterskorna var inte bekväm och uppvisade nervositet i början av inspelningen, det kan bero på att hon fick sent varsel om intervjun. Samtalet pågick dock lika länge som de föregående intervjuerna men innehållet kan ha påverkats av att hon inte fick tid att förbereda sig. En av informanterna hade inte möjlighet att närvara fysiskt vilket innebar att det blev en telefonintervju, vilket påverkade intervjun negativt. Det blev en del missförstånd och frågor fick upprepas och klargöras. Att inte se informantens kroppsspråk och kunna uppmuntra var en utmaning som senare visade sig vid transkriberingen. Intervjuerna gjordes under en treveckorsperiod vilket gjorde att frågorna var aktuella för författaren, och det fanns tid för reflektion mellan intervjutillfällena.

Alla deltagare visade stort intresse för ämnet och engagerade sig i samtalet. Antal år som sjuksköterska och arbetade år på vårdcentral varierade liksom utbildningsgrad och ålder. Alla informanter var kvinnor vilket kan göra resultatet homogent. Någon pilotintervju gjordes inte, vilket i efterhand kan ses som ett mindre bra val. Intervjuguiden följdes och de inledande frågorna var konkreta vilket skapade en avslappnad attityd till bandspelaren och författaren. Analysprocessen är endast gjord av författaren vilket kan minska tillförlitligheten. Texten har lästs igenom ett flertal gånger, meningsbärande enheter markerades och kondenserades. Kategorier har bildats utifrån de likheter och olikheter som fanns i texten. I studien har det manifesta innehållet lyfts fram, och det hade ökat tillförlitligheten om informanten läst den transkriberade texten vilket av tidsbrist inte lät sig göras. Föreliggande studie omfattade endast fem respondenter, vilket gör underlaget för litet för generaliseringar.

Urvalet kan ha varit lite skevt, det var inga män som deltog, och antal intervjuade var få. Fler respondenter kan bidra till en större variation. De första konkreta frågorna i intervjuguiden var bra orienteringsfrågor för både respondent och författare. Vi fick en möjlighet att bekanta oss med varandra och informanten kunde beskriva sin erfarenhet både vad gällde utbildning och arbetet som sjuksköterska.

Andra metoder som kan lämpa sig för att kunskap ska genereras kan vara focus-grupper eller enkätundersökning. Fördelen med dessa metoder är att underlaget blir större, man kan välja att använda dem var för sig eller som komplement till varandra. I focus-gruppen är man dessutom två personer, en som leder gruppen och en som observerar vilket innebär att resultatet kan bli tydligare. Nackdelen med vald metod kan vara brist på erfarenhet av både moderator och observatör varför det är viktigt med en mindre pilotstudie innan en fullskalig studie görs. En

focus-grupp med varierad yrkeserfarenhet och utbildning kan berika samtalet och ge nya perspektiv på frågorna som ställs. Dessa svar kan sedan ligga till grund för utformning av en enkät beroende på vilka frågeställningar som framkommer.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna har alla erfarenhet inom primärvården, där samtal med patienten ingår i det dagliga arbetet. Utbildningsnivån är hög och fortbildning utgår från arbetsgivaren men genomförs även på egen bekostnad. Trots bred kompetens uttrycker fyra av fem sjuksköterskor att de behöver mer kunskap om alkohol. I en studie av Holmqvist et al. (2010) där man undersöker hur barnmorskan förhåller sig till gravida kvinnors alkoholkonsumtion visar att mer än 50 % av de tillfrågade önskade mer kunskap om samtalstekniker och andra hjälpmedel för att ge återkoppling om alkohol och alkoholvanor.

Även Holmqvist et al. (2008) och Jonsson et al. (2013) visar på samma resultat, att bristande kunskap är en faktor som gör att frågor om alkohol inte känns naturligt att ställa för sjuksköterskan. Att frågan om alkohol behöver ställas och att det är viktig kunskap är informanterna helt överens om, men hur man gör det varierar och det är svårt att veta om man gör "rätt".

Att etablera en förtroendefull relation till patienten kräver tid, kontinuitet och förmågan att se helheten (Eriksson & Nilsson, 2007). I livsstilsamtalet kommer frågor om alkoholvanor upp ganska sent i patientmötet. Flera informanter understryker hur viktigt det är med tid och att patienten träffar samma sjuksköterska samt att man har möjlighet att boka patienten för fler samtalstillfällen. En stödjande arbetsmiljö är enligt Geirsson (2011) bidragande till en bra alkoholpreventiv vård. Tidsaspekten har även en direkt koppling till antalet sjuksköterskor som arbetar på en enhet. En av informanterna beskrev hur personalminskningen drabbar patienterna i form av reducerad tid och antal färre besök. Det var ingen som varit med om att någon patient tagit illa vid sig eller uppträtt aggressivt vid frågor om alkoholvanor. Trots den erfarenheten upplevs det av sjuksköterskan fortfarande som känsligt att tala om alkoholvanor. Geirsson (2011) visade att känsligheten kan ha att göra med bristande kompetens och praktiska färdigheter både vad gäller alkohol men även interventionsmetoder. Att anpassa sig till rådande situation kan ha många olika anledningar. Ett skäl kan vara att utgå ifrån patientens livssituation, det kan vara brist

på planerade och ett mer strukturerat sätt att mötas på. Tillgång till hjälpmedel inkluderade både det rent konkreta som mätinstrument, samtalstekniker men även tid.

Tid var något som alla informanter återkom till, tid för patientsamtalet, tid för reflektion, tid för kompetenshöjande aktiviteter. Alkoholens konsekvenser betonades ofta i relation till ”mer” synliga symtom t.ex. högt blodtryck, ibland för att ge patienten en förståelse för orsak och verkan. Att vara erfaren i förhållande till patienten betydde för två deltagare att kunna förhålla sig professionellt, att utgå ifrån patientens behov, det var sjuksköterskor som använde MI- eller KBT-inriktad teknik. Mer kunskap på alkoholområdet och tillgång till t.ex. MI-teknik eller andra interventionsmetoder skulle underlätta för sjuksköterskan att ge adekvat vård.

Vid en fullskalig studie, skulle författaren arbeta med frågeställningarna, de kategorier som framkom i detta arbete kan ligga till grund för ett fortsatt arbete. Att utveckla frågor med syfte att förstå hur/om sjuksköterskan planerar det alkoholpreventiva samtalet. Variationen blir större, likaså generaliserbarheten om ett större antal deltagare innefattas i en fullskalig studie. Att inte bara betona brister och behov utan att även kunna se möjligheter i sitt arbete med alkoholpreventiva samtal är något som skulle kunna visa sig i en focus-grupp. Att i det reflekterande samtalet med kollegor göra nya erfarenheter vilket kan generera ytterligare frågor.

Slutsats

Pilotstudien visar att dessa fem sjuksköterskor närmade sig alkohol i samtalet på olika sätt. ”Laddade” områden kräver ökad kunskap, både om människors reaktioner men även om alkohol och behandlingsmetoder i sig. Riktlinjer och ett mer planerat sätt att genomföra samtal är relevant för denna yrkeskategori.

Referenslista

Ahrne, G. & Svensson, P.(2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

CAN. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning. Hämtad 2014-04-01 från <http://www.can.se/sv/Drogfakta/Fragor-och-Svar/Alkohol>

Declaration of Helsinki (2014). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2014-04-01 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Ellström, P-E.(1992). *Komptens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Gotab.

Eriksson, I., Nilsson, K., (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling-an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17,2352–2359.

Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten: En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Akademisk. Doktorsavhandling, Acta Universitatis Gothoburgensis.

Geirsson, M. (2011). *Alcohol prevention in Swedish primary health care. Staff knowledge about risk drinking and attitudes towards working with brief alcohol intervention. Where do we go from here?* (Doctoral thesis, Department of Public Health and Community. Medicine/Social Medicine). Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg. Hämtad 2014-04-01 från <http://hdl.handle.net/2077/26274>.

Govier, A &Rees, C. (2013). Reducing alcohol-related health risks: the role of the nurse. *Nursing Standard*.27, (50), 42-46.

Holmqvist, M., Bendtsen, P., Spak, F., Rommelsjö, A., Geirsson, M., Nilsen, P. (2008). Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden *Addictive Behaviors*. , 33, (2), 301-314.

Holmqvist, M., Nielsen, P., (2010). Approaches to assessment of alcohol intake during pregnancy in Swedish maternity care-a national-based investigation into midwives' alcohol-related

education, knowledge and practice. *Midwifery* 26(4)430-434.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.009>.

Jonsson, Å., Ottosson, S., Berndtsson, I.,(2013). Jag vet inte riktigt vad jag ska göra med svaret... En intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter av att samtala med patienter om alkohol. *Vård i Norden* 3/2013. Publ. No.109 Vol.33 No.1 p.p 4-8.

Klang Söderqvist, B., Kneck, Å.,(2013). *Patientens lärande*. I Silen, C & Bolander-Laksov, K (Red) *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1996). *Inter Views: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications, Inc.

Leijgaard Christensen, S. & Huus Jensen, B.(2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U.(2012). *Kvalitativ forskningsanalys*. I:Granskär, M., Höglund Nielsen, B., (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso -och sjukvård*.(s.187-196). Lund: Studentlitteratur.

Läkartidningen (2013) .110:CHLR .Hämtad 2014-04-09 från

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2013/09/DSM-5Ny-diagnos-ersatter-missbruk-och-beroende/>

Marton, F., Booth, S.,(2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.

McWhinney, I,R., (2004). *Familjemedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Mini-D IV(202). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.

Nationellt indikatorbibliotek för God vår i primärvården. För öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering. Socialstyrelsen 2009.

Pilhammar Andersson, E., (2004). *Vårdpedagogik: vad, hur och varför?* Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Saunders,JB, Aasland,O G.,Babor,TF.,de la Fuente,JR.,Grant,M.(1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II *Addiction* Jun; 88(6):791-804.

SFS 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Svensk författningssamling.

SFS 1998:531. Förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Svensk författningssamling.

SFS1982:763 Hälso-och sjukvårdslagen. Svensk författningssamling.

Silén, C, (2013). Lärande inom medicin och vårdområdet. I Silen, C & Bolander Laksov, K(Red.)*Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Silfversparre, F. (2012). *Brief intervention on alcohol consumption and quality of life in primary health care in Sweden. - Is there any effect?* (Master's thesis) Göteborg: Institutionen för medicin, enheten för socialmedicin, Göteborgs universitet. Hämtad 2014-04-01 från http://www.socmed.gu.se/digitalAssets/1432/1432471_master-thesis.pdf.

Socialstyrelsen (2014). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014*. Sid 166-167.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för sjuksköterska.

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/789/2005-105-1_20051052

Socialstyrelsen (1995). Allmänna råd 1995:5. Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Hämtad 2014-04-09 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13702/1995-70-5_1995706.pdf

SoRAD (2012). Alkoholkonsumtion i Sverige 2011. Åtkomst 2014-03-08

http://www.sorad.su.se/polopoly_fs/1.101086.1347868768!/menu/standard/file/Alkoholstatistik%202011.pdf

SPIRA-projektet Hämtad 2014-04-01 från

<http://www.vgregion.se/upload/Alkohol%20och%20h%c3%a4lsa/Foldern%20v5%202012%2009%2011%20G%c3%b6teborg%20med%20nytt%20vinglas.pdf>.

STAD 2014). STADs rapportserie, Rapport nummer 55.. Alkohol, narkotika, dopning, tobak *bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen.*

Statens folkhälsoinstitut. Andréasson, S., Allebeck, P. (2005). *Alkohol och hälsa: En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa* (Rapport R 2005:11). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Stewart, J.S. (2012). A critical appraisal of motivation interviewing within the field of alcohol misuse. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, Dec; 19(10): 933-8.

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Digital Vision tryck Danagård Hämtad 2014-03-28 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%c3%a4sofr%c3%a4mjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>.

Truman, P. (2006). Strategies to reduce alcohol misuse in primary care. *Nursing Standard*, 20 (43): 41-4.

Wählin, S.(2012). *Alkohol- en fråga för oss i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersoninformation

Hej,

Jag heter Cecilia Nilsson-Wallmark och arbetar som sjuksköterska vid Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Jag har för avsikt att genomföra en magisteruppsats i vårdpedagogik vid Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, och jag är intresserad av dig som arbetar som sjuksköterska inom primärvården.

Uppsatsen avser att studera sjuksköterskans beskrivning av sitt arbete med alkoholprevention. Fokus ligger på din arbetsplats eftersom ni haft någon form av utbildning eller deltagit i projekt som avser att öka kunskap om alkohol.

Studien bakgrund

Idag konsumeras alkohol med regelbundenhet samtidigt som det traditionella berusningsdrickandet kvarstår.

Alkohol är socialt accepterat vid så gott som alla tillfällen, after work, före, under och efter maten, utan mat, i de flesta TV-program.

Vi vet att alkohol ger konsekvenser för den enskilde, en mängd olika fysiska, mentala och sociala hälsoproblem.

Primärvården har en viktig funktion där sjuksköterskan genom sina kontakter med patienten ges möjlighet att arbeta med alkoholprevention.

Deltagande och frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att ange något skäl.

Syftet med studien

Att undersöka hur sjuksköterskan beskriver sin upplevelse av det alkoholpreventiva arbetet.

Studien genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervju med dig efter informerat samtycke undertecknats.

Intervjun kan ske på din arbetsplats eller där du finner det lämpligt.

Tidsåtgång är beräknad till 40-60 minuter, bandspelare kommer att användas.

Samtalet kommer att bestå av tre till fyra öppna frågor. Intervjuerna kommer endast att användas i studiesyfte.

Sekretess

Endast undertecknad och ansvarig handledare från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet.

Den enskilde individen kommer inte att kunna identifieras i resultatet, analys sker på gruppnivå.

Ersättning

Ersättning utgår ej

Ansvarig för studien

Cecilia Nilsson-Wallmark
Leg. Sjuksköterska
Tel:031 -342 4724
Cecilia.nilsson-wallmark@neuro.gu.se
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Inst. för Neurovetenskap och Fysiologi
Blå Stråket 15
413 45 Göteborg

Handledare
Lars-Olof Persson
Universitetslektor
Lars.persson@fhs.gu.se
Tfn: 031-786 6017 eller 070-5589254
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457
405 30 Göteborg

Jag ger mitt samtycke till att delta i studien
”Att undersöka hur sjuksköterskan beskriver sin upplevelse av det
alkoholpreventiva arbetet.”

Ort _____ datum _____ / _____ / _____
År Mån Dag

Namnunderskrift

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till: vårdenhetschef

Från: Cecilia Nilsson-Wallmark

Förfrågan om att få intervjua sjuksköterska vid primärvårdsmottagning

Jag arbetar som sjuksköterska vid Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset och ska genomföra en magisteruppsats i vårdpedagogik vid Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Fokus ligger på er primärvårdcentral eftersom ni har haft någon form av utbildning/fortbildning eller deltagit i projekt som avser att öka kunskapen om alkohol.

Anledningen till detta brev är att uppsatsen avser att studera sjuksköterskans beskrivning av sitt arbete med alkoholprevention.

Jag har för avsikt att starta med intervjuer i januari 2014.

Studiens bakgrund

Idag konsumeras alkohol med regelbundenhet samtidigt som det traditionella berusningsdrickandet kvarstår.

Alkohol är socialt accepterad vid så gott som alla tillfällen idag.

Vi vet att alkohol ger konsekvenser för den enskilde, en mängd olika fysiska, mentala och sociala hälsoproblem.

Primärvården har en viktig funktion där sjuksköterskan genom sina kontakter med patienten ges möjlighet att arbeta med alkoholprevention.

Syftet med studien

Att undersöka hur sjuksköterskan beskriver sin upplevelse av det alkoholpreventiva arbetet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer med sjuksköterska efter informerat samtycke.

Intervjuerna kommer att ske där informanten finner det lämpligt, beräknad tid per intervju är beräknad till ca 40-60 min.

Samtalet mellan intervjuare och forskningsdeltagare kommer att bestå av tre till fyra öppna frågor.

Intervjuerna kommer endast användas i studiesyfte.

Endast undertecknad och ansvarig handledare från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet.

Den enskilde individen kommer inte att kunna identifieras i resultatet, analys sker på gruppnivå.

Deltagande i studien är frivillig och deltagaren kan när som helst välja att avbryta sin medverkan utan att ange något skäl.

Ekonomisk ersättning utgår inte.

Resultatet av studien kan man ta del genom kontakt med nedanstående och kommer att presenteras i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ansvariga för studien

Cecilia Nilsson-Wallmark
Leg. Sjuksköterska
Tel. 031-342 4724
Cecilia.nilsson-wallmark@neuro.gu.se
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Inst. för Neurovetenskap och Fysiologi
Blå Stråket 15
413 45 Göteborg

Handledare

Lars-Olof Persson
Universitetslektor
lars.persson@fhs.gu.se
Tfn: 031-786 6017
Mobiltelefon: 0705-589254

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457
40530 Göteborg

Samtycke till utförande av studie på berörd verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning

Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Bilaga 3

AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.

HAR DU BESVARAT ALLA FRÅGOR? – TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Bilaga 4



GÖTEBORGS UNIVERSITET

INTERVJUGUIDE

”Att undersöka hur sjuksköterskan beskriver upplevelse av det alkoholpreventiva samtalet”

Datum: _____

Kodnr: _____

1. Kön/ålder
2. Hur länge du arbetat som ssk, resp. dsk inom vård/primärvård
3. Formell kompetens- vilka utbildningar har deltagaren?
4. Kan du beskriva hur du går tillväga när en person som du misstänker/vet har en alkoholproblematik?
Tar du reda på vad patienten har för kunskapsbehov?
5. Hur skulle du vilja beskriva ditt preventiva arbete, **hur** du gör det (varför?) Finns tid för planering/utförande?
6. Finns generella riktlinjer/eller utgår man fr patientens individuella behov? Finns tid för reflektion för din del? Finns tid för uppföljningssamtal för patienten? Patientcentrerad vård?

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns

hur lärandet ska ske ur ett patientperspektiv När informationen är levererad avslutas samtalet och det ägnas ingen tid åt att ta reda på om patienten **förstått** budskapet

Normativt behov är när någon annan bestämmer individens kunskapsbehov medan det **subjektiva** behovet bestäms av individen själv.