



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

SAMTAL OM ALKOHOL I TIDIG GRAVIDITET

- En intervjustudie om barnmorskors erfarenheter

**Anna Andrén
Andréa Johansson**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, Examensarbete RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Kristina Rosengren

Sammanfattning

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, Examensarbete RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Kristina Rosengren
Nyckelord:	Alkohol, Graviditet, Barnmorskor, Erfarenheter
Engelsk titel:	Conversation about alcohol in early pregnancy – An interview-based study about midwives' experiences.

Bakgrund: Majoriteten av svenska kvinnor dricker alkohol. De senaste studierna gjorda i Sverige inom området alkoholkonsumtion under graviditet visar att sex procent dricker alkohol trots att de är gravida. Det finns få studier som beskriver hur barnmorskor samtalar med kvinnor om alkohol i tidig graviditet. **Syfte:** Syftet var att beskriva barnmorskors erfarenhet av att samtala med kvinnan om alkohol i tidig graviditet. **Metod:** Intervjuer med sju barnmorskor som arbetar med samtal om alkohol i tidig graviditet på en barnmorskemottagning. Text från intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Fem huvudkategorier identifierades: *Ett okomplicerat samtal, Barnmorskans skyldigheter och kvinnans ansvar, Skapa ett samtalsklimat där kvinnan kan vara ärlig, Barnmorskan anpassar sin information och Samtalsteknikens betydelse för dialogen.* Barnmorskorna fann samtalet om alkohol i tidig graviditet enkelt att genomföra. Det framkom skilda åsikter om det var kvinnan eller barnmorskan som bar ansvaret för att ett eventuellt riskbruk kunde identifieras. Förtroende sågs som en viktig faktor för ett bra alkoholsamtal och användning av samtalsteknik kunde underlätta det. **Slutsats:** Samtal om alkohol är enkelt att genomföra. AUDIT är en viktig resurs. Kvinnan har ett stort ansvar att berätta om sin alkoholkonsumtion. Barnmorskan är skyldig att identifiera ett eventuellt riskbruk samt bevaka barnets hälsa. Förtroende är en central och viktig aspekt i samtalen som bidrar till att kvinnor talar sanning. Motiverande samtal kan bidra till att skapa ett bra samtalsklimat.

Nyckelord: Alkohol, Graviditet, Barnmorskor, Erfarenheter

Abstract

Background: A majority of Swedish women drink alcohol. The most recent studies made in Sweden in the field of alcohol consumption during pregnancy show that six percent drink alcohol despite being pregnant. There are few studies describing how midwives talk to women about alcohol in early pregnancy. **Objective:** The aim of this study was to describe midwives' experiences of interviewing women about alcohol in early pregnancy. **Method:** Single interviews with seven midwives working in a maternity health center and who conducted interviews with women about alcohol in early pregnancy. Text from the interviews was analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The result revealed five categories that answered the aim of the study: *The interview is uncomplicated*, *The midwife's duties and responsibilities of women*, *The midwife's adapt their information* and *The importance of the interview technique*. The midwives found the conversation about alcohol in early pregnancy easy to implement. The result revealed different opinions concerning the responsibility of midwives to identify a possible hazardous use. Trust and the use of an interview technique was seen as important factors that facilitated the conversation. **Conclusion:** The conversation about alcohol is easy to implement. AUDIT is an important resource. The women have a great responsibility to be honest about their alcohol consumption. The midwife is required to identify a potentially hazardous use and protect the child's health. Trust is a vital and important aspect that contributes to women telling the truth. Motivational interviewing can help create a good climate for discussion.

Keywords: Alcohol, Pregnancy, Midwives, Experiences

Förord

Ett varmt tack till vår handledare Anna Dencker för värdefulla synpunkter och gott stöd under processens gång. Vi vill också rikta ett stort tack till de barnmorskor som lät sig intervjuas och därmed gjorde denna studie möjlig.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	2
Alkoholkonsumtionen i Sverige.....	2
Alkoholkonsumtion under graviditet.....	2
Alkoholens fosterskadande effekter.....	3
Lagar och förordningar.....	4
Mödrhälsovårdens uppdrag samt barnmorskans ansvar.....	5
Förtroendeskapande förhållningssätt.....	6
Verktyg för att identifiera riskbruk.....	6
AUDIT.....	6
Time-Line Follow-Back.....	7
Motiverande samtal.....	8
Problemformulering.....	9
Syfte.....	10
Metod.....	11
Design.....	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	11
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat.....	14
Ett okomplicerat samtal.....	15
Barnmorskans skyldigheter och kvinnans ansvar.....	16
Skapa ett samtalsklimat där kvinnor kan vara ärliga.....	17
Barnmorskan anpassar sin information.....	17
Samtalsteknikens betydelse för dialogen.....	19
Diskussion.....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	22
Ett okomplicerat samtal.....	22
Barnmorskans skyldigheter och kvinnans ansvar.....	23
Skapa ett samtalsklimat där kvinnor kan vara ärliga.....	23
Barnmorskan anpassar sin information.....	24
Samtalsteknikens betydelse för dialogen.....	26
Slutsats.....	27

Klinisk användbarhet.....	27
Referenslista.....	28
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Inledning

Alkohol är i det svenska samhället en utbredd och socialt accepterad drog och majoriteten av svenska kvinnor dricker regelbundet. Det är väl dokumenterat att alkohol under graviditet kan ha fosterskadande effekter och därför råder det i Sverige nolltolerans för gravida kvinnor. Det finns studier som tyder på att en del kvinnor fortsätter att dricka alkohol efter graviditetsbesked.

Barnmorskan möter i stort sett alla gravida kvinnor och har därför en unik möjlighet att tidigt identifiera och stötta kvinnor som har svårt att sluta dricka alkohol under sin graviditet, vilket också ingår i barnmorskans uppdrag.

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom mödrahälsovården upplevde vi att samtalet om alkohol kunde vara svårt att genomföra. Det var många områden som skulle beröras och tiden var begränsad. Ofta kunde vi uppleva att dialogen uteblev och det blev snarare en intervjusituation där barnmorskan ställde frågor som kvinnan i sin tur svarade på. Vi funderade mycket över vilka faktorer som gör att barnmorskan får ärliga svar i samtalet om alkohol och hur barnmorskan kan använda samtalet som verktyg för att nå fram till de kvinnor som riskerar att fortsätta dricka alkohol under graviditet. Genom att ta del av barnmorskors erfarenheter av att samtala om alkohol kan vi förvärva viktig kunskap som kan hjälpa oss i vårt framtida yrke som barnmorskor.

Bakgrund

Alkoholkonsumtionen i Sverige

År 2015 uppgick andelen svenska kvinnor som druckit alkohol under de senaste 30 dagarna till cirka 75 procent. Under de senaste fem åren har andelen svenskar som dricker ökat stadigt och detta beror till stor del på ett ökat alkoholintag bland den kvinnliga befolkningen. Den genomsnittlige svensken som är över 15 år dricker drygt nio liter ren sprit per år. Sett över befolkningen ägnar sig 26 procent åt så kallad binge drinking en gång i månaden eller oftare. I åldersgruppen 17-29 år är den siffran närmare 50 procent. Binge drinking innebär att dricka fem eller fler standardglas alkohol vid samma tillfälle. Med ett standardglas menas exempelvis 33 cl starköl eller ett glas vin (1).

Alkoholkonsumtion under graviditet

År 2004 presenterades en svensk studie där 1100 gravida kvinnor hade fått fylla i anonyma enkäter avseende sitt alkoholintag före och under sin graviditet. Det visade sig att 30 procent av de deltagande kvinnorna fortsatte att dricka alkohol regelbundet trots vetskapen om att de bar på en graviditet (2). I en senare utförd svensk studie, publicerad 2013, framkom att 84 procent av de tillfrågade gravida hade druckit alkohol under det senaste året och av dessa drack 14 procent nio eller fler standardglas i veckan. Forskarna kom också fram till att sex procent hade konsumerat alkohol minst en gång efter att de fått veta att de var gravida (3). Faktorer som i forskning har visat sig påverka alkoholkonsumtionen under graviditet är om kvinnan har ett etablerat alkoholbruk innan hon blev gravid (2-4). Bland annat påvisades att de kvinnor som drack alkohol 2-3 gånger i veckan (oberoende mängd) hade sju gånger högre risk att fortsätta dricka alkohol under graviditeten och de som drack alkohol 2-4 gånger i månaden hade tre gånger högre risk att dricka än de som endast drack en gång i månaden eller mindre före konception (4). Ålder var en faktor som påverkade alkoholkonsumtionen, kvinnor över 35 år drack i större utsträckning under graviditeten än kvinnor under 24 år. Resultat visade också att det var större risk att dricka alkohol under graviditeten om man bodde i en storstad än på landsbygden samt riskerna var större om det även fanns ett tobaksanvändande under graviditeten (3).

Användningen av alkohol under graviditet i andra västländer speglar situationen i Sverige. I en holländsk studie från 2010 visade resultat att 14 procent av de gravida kvinnorna drack under sin graviditet (5). I en rapport från amerikanska hälsomyndigheten där kvinnors alkoholbruk undersökts

mellan 2011 och 2013, framkom att risken för en alkoholexponerad graviditet uppgick till 7,3 procent för kvinnor i åldern 15-44 år. Detta motsvarar i siffror cirka 3,3 miljoner. Högst var risken för kvinnor mellan 25-29 år och rökning var en faktor som ökade risken. Rapporten belyste vidare att 75 procent av kvinnor som själva uppgav att de önskade bli gravida så snart som möjligt samtidigt drack alkohol (6). En dansk studie visade att 25 procent av gravida kvinnor vid minst ett tillfälle under sin graviditet druckit fem eller fler standardglas alkohol vid samma tillfälle (7).

Alkoholens fosterskadande effekter

Forskare trodde länge att fosterskador uppstår först efter ett långvarigt och tungt alkoholmissbruk hos vissa högriskgrupper. Senare års forskning har dock visat att även måttliga mängder alkohol som intas under känsliga perioder i fosterlivet kan ha skadlig effekt. Måttlig mängd avser högst en standarddrink per dag eller högst sju per vecka. Forskning tyder på att berusningsdrickande samt alkoholintag i början av graviditeten ger allvarligare konsekvenser för barnets utveckling än alkoholexponering senare i graviditeten (8).

Det går inte att förutse vilka foster som kommer att ta skada av att utsättas för ett teratogent ämne, det finns barn som helt undgått skador trots att det varit exponerat för mycket stora mängder alkohol under fosterlivet. Faktorer som moderns nutritionsstatus, hennes ämnesomsättning och avgiftningsförmåga påverkar tillsammans med fostrets känslighet för det toxiska ämnet i vilken utsträckning fostret drabbas. Det är alltså inte möjligt att avgöra vilken nivå av alkoholkonsumtion under graviditet som är ofarlig eller vem som befinner sig i riskzonen. Mot bakgrund av detta rekommenderas idag kvinnor i Sverige att helt avstå alkohol under graviditet. Flera nationella hälsomyndigheter i västvärlden har valt att ge samma rekommendation, men det finns länder som exempelvis England där hälsomyndigheten varit mindre strikta i sina råd och istället valt att ange en högsta tillåtna gräns för alkoholkonsumtion (8).

Alkohol passerar direkt över till placenta och ger fostret samma koncentration av alkohol i blodet som hos modern. Alkohol kan orsaka fosterskador av varierande typ och svårighetsgrad. Fetal alcohol spectrum disorder (FASD) är ett paraplybegrepp som innefattar alla typer av fosterskador som orsakats av alkoholexponering under fostertiden. Fetalt alkoholsyndrom (FAS) ingår i FASD och är ett allvarligt tillstånd som ger en kombination av tillväxthämning, skador på centrala nervsystemet (CNS) och yttre missbildningar. Skador på CNS kan yttra sig i form av inlärningssvårigheter, utvecklingsstörning och strukturella hjärnförändringar som microcefali. De yttre missbildningarna ger ett karakteristiskt utseende hos barnet där huvudet är mindre än vanligt, näsan är kort med en platt

näsrygg, överläppen är tunn och ögonspringorna små, mittansiktet är litet och filtrummet är otydligt. Barnet är ofta kort för åldern och har en låg vikt. De karakteristiska ansiktsavvikelserna som ses hos barn med FAS orsakas av alkoholexponering under den tidiga embryonala fasen som startar cirka två veckor efter befruktning. FAS har varit känt sedan början av 70-talet och alkohol är idag den enda drog som man kunnat påvisa orsakar tillståndet (9).

Den verkliga förekomsten av FAS är inte känd, men den uppskattas i västvärlden till 1-2 per 1000 födda. Det skulle innebära att det i Sverige föds 100-200 barn per år som uppfyller kriterierna. Dock får endast ett fåtal barn diagnosen varje år vilket visar på att det kan finnas ett mörkertal. Detta beror till viss del på svårigheten att ställa diagnos. FAS kan exempelvis endast fastställas om moderns alkoholkonsumtion under graviditeten har varit hög. Neuropsykiatriska svårigheter som exempelvis hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter och inlärningsproblem är utmärkande för flera av de tillstånd som innefattas av FASD. Dessa svårigheter kan ha flera orsaker och det kan därför vara problematiskt att koppla dem enbart till alkoholexponering under fosterlivet (10). Andra konsekvenser av en hög alkoholkonsumtion under graviditet är en ökad risk för missfall under första trimestern, prematuritet och en minskad fostertillväxt. Alkohol orsakar också störningar i ägglossningen och det finns studier som visar på att även en mindre mängd alkohol kan orsaka minskad fertilitet. Även av denna anledning är det bra att kvinnor som önskar bli gravida avstår alkohol (8).

Lagar och förordningar

En person som missbrukar och som inte frivilligt önskar genomgå behandling för sitt beroende kan enligt lagen om vård av missbrukare (LVM) i vissa fall bli föremål för tvångsvård. Detta blir aktuellt i fall där personen genom sitt missbruk riskerar att skada sin egen hälsa eller utsätta sig själv eller närstående för fara (11). Ett ofött barn räknas inte till närstående utan det finns i Sverige idag ingen möjlighet att tvångsvårda kvinnor med missbruk enbart till skydd för fostret. Om LVM skall kunna tillämpas måste skyddsintresset innefatta modern (12). Som kritik mot lagen lyfts bland annat fram att FN:s konvention om barns rättigheter slår fast att ett barn har rätt att uppnå bästa möjliga hälsa. Barnkonventionen säger vidare att för att kunna säkerställa denna rätt skall mödrar erbjudas tillfredsställande vård före och efter förlossning (13). Till stöd för lagens utformning framhålls att kvinnor skulle kunna välja att avstå från att besöka mödrahälsovården om risken fanns att de riskerade tvångsvård, vilket skulle försämra deras chanser att ta sig ur ett missbruk ytterligare. En annan aspekt som lyfts fram är svårigheten att fastställa kriterierna för ett tvångsingripande då det inte finns en fastställd gräns för hur mycket alkohol eller narkotika som är fosterskadande. Sekretessen hindrar inte

att uppgifter om en gravid kvinna lämnas från en myndighet till en annan. Barnets intresse av att födas friskt väger över kvinnans rätt till integritet (12).

Mödrahälsovårdens uppdrag samt barnmorskans ansvar

I Sverige infördes mödrahälsovård på 1930-talet med syftet att förbättra kvinnors och barns hälsa. Mödrahälsovårdens uppdrag har sedan dess utvidgats och kontrollerna av den gravida kvinnan och hennes barn har utökats. Sedan början av 80-talet ingår det i mödra- och barnhälsovårdens uppdrag även att stärka föräldrar i deras föräldraskap och med det kom mödrahälsovårdens ansvar att innefatta såväl medicinska som sociala aspekter av graviditet och föräldraskap. Några av Socialstyrelsens mål för mödrahälsovården är att tidigt identifiera och initiera åtgärder då det föreligger risk för kvinnor och barns hälsa, både under och strax efter graviditet. Mödrahälsovården skall också verka för att förebygga ohälsa i samband med preventivmedelsrådgivning och vid andra kontakter. Vården som erbjuds skall vara individanpassad och förstärkta insatser skall erbjudas föräldrar som har en nedsatt hälsa, löper ökad risk att drabbas av ohälsa eller som är socialt utsatta. Mödrahälsovården spelar en viktig roll i Sveriges folkhälsoarbete, vilket till stor del beror på att den når i princip alla gravida kvinnor. Vården som erbjuds är statligt finansierad och besöken är kostnadsfria för den enskilda individen. Allmänheten har ett stort förtroende för mödrahälsovårdens verksamhet vilket skapar goda förutsättningar i det hälsofrämjande arbetet (14).

Barnmorskan skall, i enlighet med Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor, medverka vid olika screeningundersökningar. Hon ska också identifiera individer med särskilda behov av vård och stöd samt jobba aktivt för att förebygga hälsorisker och vid behov motivera gravida kvinnor till förändrade livsstilsvanor (15). Vid det första besöket skall barnmorskan samtala med kvinnan om alkohol, borttagande eller bevarande av läkemedel, tobak och droger (ABCD-modellen). Statens folkhälsoinstitut erbjuder en guide för barnmorskor gällande samtal om alkohol och enligt denna guide är dialogen vid ABCD-samtalet föräldrarnas viktigaste informationskälla om alkohol. Enligt guiden skall barnmorskan erbjuda råd utifrån den senaste forskningen kring alkohol och graviditet (16). Vidare har statens folkhälsoinstitut utformat en kvalitetssäkring avseende arbetet kring en alkoholfri graviditet inom mödrahälsovården där det beskrivs hur gravida kvinnor, samt eventuell partner, skall informeras muntligt och skriftligt om alkoholens effekter på fostret i magen. Barnmorskan ska erbjuda den hjälp och stöd kvinnan/partnern behöver för att de ska kunna ta eget ansvar för sin livssituation så att det ofödda barnet inte utsätts för den risk alkohol kan utgöra. Barnmorskan ska också vid ABCD-samtalet försäkra sig om att kvinnan och hennes partner har tagit till sig informationen samt ha uppföljande samtal om alkohol och

kvinnans konsumtion av detta längs med att graviditeten fortgår. Vid besöket i graviditetsvecka 32 ska en journalanteckning dokumenteras avseende kvinnans intag av alkohol under graviditeten (17). Som stöd när information om alkohol ges har barnmorskan en bild av ett foster med navelsträng och placenta. Denna bild refereras till i detta arbete som fosterbilden.

Forskning har visat att personer som arbetar inom sjukvården har en negativ attityd gentemot personer med alkohol- och drogmissbruk. Vården av missbrukare uppfattas som känslomässigt utmanande och vårdandet av denna patientgrupp medför känslor av stress, frustration och maktlöshet. Bland vårdpersonal stigmatiseras personer med missbruk och detta stigma kan ha en negativ inverkan på den vård som dessa individer får. Det finns även en risk att stigmatiseringen bidrar till svårigheter att identifiera missbruksproblem vilket i förlängningen gör att dessa individer inte erbjuds adekvat vård (18).

Förtroendeskapande förhållningssätt

I omvårdnadsteoretikern Katie Erikssons vårdprocessmodell utgör relationen mellan patient och vårdare kärnan i vårdandet. Vårdrelationen syftar till att stödja patientens hälsoprocesser och ger individen möjlighet att uttrycka sina behov, begär och problem. I vårdrelationen får patienten lära sig både att ge och ta emot. Eriksson menar att det är en konst att ta emot eftersom mottagandet alltid innebär att ge ut sig själv. Kontinuitet i vårdrelationen är en viktig förutsättning för att bygga upp en trygg relation mellan patient och vårdare och utgör grunden för att patienten skall kunna utveckla god hälsa. Vårdrelationen ställer höga krav på att yrkesutövningen skall vara professionell. De professionella kraven innebär att vårdarbetet skall grunda sig på vetenskaplig kunskap och yrkesutövaren skall endast utföra det som hen har kompetens för. Yrkesutövaren skall arbeta mot att utveckla det egna vårdområdet och erbjuda en högklassig vård. Personer som arbetar inom vården har dessutom ett eget personligt ansvar och skall uppfylla de etiska kraven som verksamheten utformat (19).

Verktyg för att identifiera riskbruk

AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) togs fram på uppdrag av World Health Organization (WHO) och har sedan början av 90-talet använts för att identifiera såväl en riskfylld alkoholkonsumtion som allvarigare missbruk och beroende. Instrumentet används idag internationellt inom flera verksamhetsområden som exempelvis företagshälsovård, primärvård, psykiatri och

akutsjukvård. AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor som mäter konsumtion, beroende samt alkoholrelaterade skador. Varje fråga ger poäng på skalan 0-4. Sex poäng för kvinnor och åtta poäng för män indikerar en riskfylld konsumtion (9).

Enligt riktlinjer som gäller i Göteborg och södra Bohuslän skall nygravida kvinnor erbjudas tid till en barnmorska inom en vecka från det att de kontaktar sin barnmorskemottagning. Som en del av screeningen för alkoholbruk får kvinnan fylla i AUDIT som avser att mäta och identifiera hennes alkoholkonsumtion under det senaste året. Om kvinnan, enligt ovan beskriven poängmodell, får 0-5 poäng görs ingen ytterligare intervention och kvinnan kan följa basprogrammet om inget annat avvikande avseende hennes hälsa identifieras. Vid 6-9 poäng förväntas barnmorskan att planera för en uppföljning där ytterligare riskfaktorer för missbruk bedöms. Finns det behov av konsultation kontaktas mödra- barnhälsovårdsteamet i Haga, vilket fungerar som en resursenhet som uteslutande arbetar med kvinnor som har eller tidigare haft en missbruks- eller beroendeproblematik. Därefter bedöms om kvinnan kan gå kvar på sin barnmorskemottagning eller om hon resterande del av graviditeten följs via Hagateamet. Likaså om kvinnan får tio poäng eller mer efter ha fyllt i AUDIT-formuläret kontaktas Hagateamet för vidare handläggning. Om låg AUDIT-poäng hittas, men barnmorskan ändå känner en oro för en hög alkoholkonsumtion (eller annat riskbruk) är detta också en indikation för uppföljning (20). Det är viktigt att känna till att för gravida kvinnor definieras allt alkoholbruk under graviditet som ett riskbruk. Detta mot bakgrund av alkoholens fosterskadande effekter (8, 14).

År 2012 uppgav 543 av totalt 544 barnmorskemottagningar att de använde AUDIT för screening av alkoholbruk. Av de 96 000 kvinnor som under 2012 födde barn och registrerades i Mödrahälsovårdsregistret genomgick 87 procent alkoholscreening med AUDIT. Orsaken till att 13 procent inte besvarat frågeformuläret var antingen att de själva valt att avstå eller att de inte blivit erbjudna att genomföra screeningen. Deltagandet varierade stort mellan landstingen och spridningen låg mellan 71-95 procent (14).

Time-Line Follow-Back

Time-Line Follow-Back (TLFB) är ett instrument som kan användas vid kartläggning av patientens alkohol- eller narkotikakonsumtion dag för dag, bakåt i tiden. Genom att fråga kvinnan när hon drack alkohol senast och hur stor volym hon drack framträder en bild av personens dryckesmönster (9). Inom mödravården kan TLFB användas för att utreda när i graviditeten fostret exponerats för alkohol eller andra droger och kan vara en effektiv metod för att identifiera eventuella skaderisker hos det kommande barnet (20).

Motiverande samtal

Sedan 20 år tillbaka används Motiverande samtal (MI) som samtalsmetod i Sverige av personer som arbetar inom kriminalvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En av grundstenarna i MI är att samtalet ska vara klientcentrerat och bygga på fler öppna än slutna frågor. Öppna frågor inleds med ord som hur, vad, på vilket sätt, berätta och inbjuder patienten till att ge beskrivande svar. I MI är lyssnandeteknik, reflektioner och speglingar viktiga funktioner som utgör en central del av samtalet. Lyssnandeteknik innebär att vara en aktiv lyssnare. Människor är väldigt duktiga på att bedöma om en annan person faktiskt lyssnar på det vi säger. Ögonrörelser, ansiktsuttryck, kroppshållning och annan icke-verbal kommunikation i ett samtal spelar stor roll om vi vill vinna ett förtroende. Aktivt lyssnande i MI är att vara medveten om det man säger som lyssnare, om signalen från den icke-verbala kommunikationen inte är respektfull är det nästan omöjligt att kompensera med hjälp av ord. Genom att vara genuint intresserad av patienten, vilja hennes bästa samt visa empati etableras kontakt, förtroende och ett bra samtalsklimat kan utvecklas (21).

I MI undviks att ge direkta råd eftersom det kan upplevas som pekpinningar och därmed kan leda till störningar i samtalsklimatet. Information ges därför i dialog med patienten. Den som vill förmedla någon form av information ber om lov att få göra det, utforskar vad patienten redan vet, ger sin information på ett neutralt sätt och överlämnar därefter slutsatserna till patienten genom att till exempel fråga: vad tänker du om det här? Hur tycker du att detta låter? Om en patient tackar nej till information som vårdaren anser vara viktig kan hon släppa ämnet tillfälligt och senare under samtalet ge informationen utan att be om lov (21).

I början av 2000-talet startade regeringen det så kallade Riskbruksprojektet. Projektet leddes av Folkhälsoinstitutet och syftet var att öka kunskapen om alkoholvanor hos hälso- och sjukvårdspersonal samt att utveckla deras kompetens gällande rådgivning. Ett viktigt led i detta arbete var att utbilda personal inom primärvården i MI. En sammanställning som gjordes 2009 visade att som en följd av denna satsning hade 80 procent av barnmorskorna inom primärvården en MI-utbildning, vilket var ett större antal än inom flera andra yrkeskategorier (22). En uppföljande studie som publicerades 2012 visade att Riskbruksprojektets satsning hade haft effekt, de kvinnor som fått alkoholinformation enligt Riskbruksprojektets agenda hade i lägre utsträckning druckit alkohol under sin graviditet (4).

Problemformulering

Nya studier visar att andelen kvinnor i Sverige som dricker under sin graviditet uppgår till sex procent. Förstföderskor i Sverige idag blir allt äldre och många kvinnor har ett etablerat alkoholdrickande före sin graviditet, vilket i sig utgör en större risk för att hon ska fortsätta dricka under graviditeten. I Sverige råder nolltolerans för alkohol under graviditet, men det föds årligen drygt 6000 barn som varit exponerade för alkohol under fosterlivet. AUDIT används som ett screeningformulär i tidig graviditet för att identifiera riskbruk, men endast barnmorskans oro för ett riskbruk är en anledning till att alkoholkonsumtion bör följas upp. Barnmorskan ska kunna identifiera individer med särskilda behov av vård och stöd samt jobba aktivt för att förebygga hälsorisker och vid behov motivera gravida kvinnor till förändrade livsstilsvanor. En stor del av barnmorskor runt om i Sverige, så även Göteborg, har som anställda i primärvården fått utbildning i samtalsmetoden MI. Tillämpas denna metod för att identifiera riskbruk och behandla det? På vilket sätt samtalar barnmorskan kring alkohol och dess risker? Innebär en låg AUDIT-poäng en garanti för att kvinnan inte kommer dricka under sin graviditet? Hur vet vi att vi får sanningsenliga svar och hur ställer vi frågor som gör att vi får det?

Det finns få studier som beskriver barnmorskors erfarenheter av att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet. Genom att ta del av barnmorskors åsikter och tankar om detta erhålls kunskap som kan användas för att utveckla barnmorskors medvetenhet kring alkohol i samband med graviditet. Detta kan bidra till att fler kvinnor väljer att avstå alkohol under graviditeten.

Syfte

Syftet var att beskriva barnmorskors erfarenhet av att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet.

Metod

Design

Då syftet med studien var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att samtala om alkohol i tidig graviditet valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Data samlades in genom intervjuer. Texten analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, beskriven av Lundman och Graneheim (24).

Urval

Studiens inklusionskriterier var att barnmorskan var verksam på en barnmorskemottagning samt att hon på egen hand ledde ABCD-samtal. Samtliga barnmorskor som svarade för inklusionskriterierna tillfrågades om de ville delta i studien, vilket alla tackade ja till. Detta gav ett antal på sex stycken barnmorskor. Ytterligare två barnmorskor från en annan barnmorskemottagning tillhörande samma verksamhetsområde rekryterades via mail då studien påbörjats för att få större spridning hos barnmorskorna sett ur erfarenhetssynpunkt. Initialt inkluderades åtta barnmorskor i studien.

Datainsamling

En enhetschef vid en mellanstor barnmorskemottagning i västra Sverige kontaktades via telefon. Vid ett personligt möte med enhetschefen presenterades studiens syfte och tillåtelse gavs att intervjua mottagningens barnmorskor under deras arbetstid. Deltagarnas ålder varierade mellan 33 och 58 år. De hade arbetat mellan tre och 25 år som barnmorskor och mellan två månader och 15 år på en barnmorskemottagning. Samtliga var kvinnor.

Barnmorskorna som skulle delta fick muntlig information om att intervjun skulle komma att handla om ABCD-samtalet samt att intervjun förväntades ta cirka 30-45 minuter. Datum och tid för intervjun bestämdes efter vad som passade den enskilda barnmorskan bäst. En av intervjupersonerna ställde in sin intervju på grund av sjukdom, vilket gjorde att totalt sju barnmorskor kom att ingå i studien. De enskilda intervjuerna ägde rum under november 2016. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon, genomfördes på barnmorskans eget arbetsrum på barnmorskemottagningen och varade mellan elva och 34 minuter. Vid fyra av intervjuerna närvarade båda författarna och vid tre stycken enbart en. En utarbetad intervjuguide (se bilaga 1) användes som checklista för att säkerställa att det planerade

området täcktes in. Den första intervjun var tänkt som en pilotintervju men då det framkom intressanta erfarenheter inkluderades denna intervju i studien. Efter pilotintervjun justerades intervjuguiden något genom att en fråga rörande barnmorskans ansvarsområde lades till. Intervjuerna bestod av en inledande öppen fråga då intervjupersonen fritt fick reflektera kring sina erfarenheter av alkoholsamtal med kvinnor i tidig graviditet. Därefter ställdes frågor utifrån den utarbetade intervjuguiden (se bilaga 1) för att besvara syftet. Inför intervjuerna hade det i förväg bestämts att en skulle ha rollen som intervjuare och den andra skulle fungera som lyssnare. I slutet av intervjun inkluderades även lyssnaren, om denne hade ytterligare frågor eller önskemål om att barnmorskan skulle utveckla sitt svar på någon fråga. Efter genomförd intervju erhöles godkännande av samtliga deltagare att återkomma om något i intervjumaterialet var oklart. Efter varje enskild intervju transkriberades det inspelade materialet till text samma dag eller dagen efter intervjun genomfördes.

Dataanalys

Transkriberingen skrevs ut på papper och blev sammanlagt 56 sidor med text. I enlighet med Lundman och Graneheims analysmodell (24) granskades sedan texten. Den transkriberade texten lästes flera gånger individuellt av författarna för att få en helhetsbild av materialet samt vad texten handlade om. Efter detta lästes materialet gemensamt och de ord, meningar och stycken som ansågs bärande i texten valdes ut. De meningsbärande enheterna skrevs ner, fördes in i en tabell och kondenserades därefter till korta texttrader där innehållet tydliggjordes. Ur de kondenserade meningsbärande enheterna formades koder, vilka beskrev meningsenheternas innehåll. Därefter identifierades likheter mellan koderna vilket ledde fram till underkategorier. Utifrån underkategorierna skapades slutligen kategorier. Exempel på analysprocessen visas nedan i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under kategori	Kategori
Att man upplever att man får en bra kontakt med barnmorskan. Dom måste få en chans och etablera en kontakt, att dom får ett förtroende... att jag vågar nog prata med henne (IP7).	Att man får etablera en bra kontakt med barnmorskan. Att de får förtroende och vågar prata	Etablera kontakt, få förtroende, våga prata med barnmorskan	Etablera kontakt	Skapa ett samtalsklimat där kvinnor kan vara ärliga

Forskningsetiska överväganden

Det är viktigt och nödvändigt att forskning bedrivs både för individen och för samhällets utveckling. Genom att forskning utförs med hög kvalitet och inriktar sig på väsentliga frågor kan ny kunskap utvecklas, fördjupas och metoder kan förbättras (25).

När forskare utför studier som görs på människor ska en etisk prövning utföras enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor. Dock säger samma lag att detta inte är ett krav för studier som utförs på avancerad nivå inom en högskoleutbildning (26). Därför har ingen etisk prövning gjorts för denna studie.

Deltagarna i studien informerades innan start om syftet med studien, vilka metoder som skulle användas, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under studiens gång kunde återta sitt samtycke och avbryta sin medverkan. Alla deltagare var över 18 år och fick innan intervjun genomfördes läsa igenom forskningspersonsinformation samt fylla i en blankett om samtycke (se bilaga 2) i enlighet med samtyckeskrauet (25). Transkriberingen avidentifierades för att säkerställa konfidentialiteten för deltagarna och anonymiteten har ytterligare säkrats genom att alla intervjupersoner fått en slumpmässig kod i resultatdelen. Allt material förvarades oåtkomligt för obehöriga och var endast tillgängligt för författarna samt handledaren. Allt inspelat material har efter genomförd analys förstörts.

Enligt Vetenskapsrådet (25) bör forskaren väga eventuella risker mot nyttan av studien. Riskerna med denna studie var att informanterna kunde känna sig utsatta och granskade i intervjusituationen. Vid de intervjuer som utfördes gemensamt av författarna fanns det en risk att informanterna upplevde en känsla av maktobalans, vilket kunde leda till känslor av obehag hos dem.

Nyttan med studien anses vara att den kan bidra till ökad kunskap inom det område som studeras och därigenom bidra till att utveckla barnmorskans samtal om alkohol i tidig graviditet. För den här studien anses nyttan överväga riskerna.

Resultat

Vid analys av intervjumaterialet framkom fem övergripande kategorier. Resultatet presenteras utifrån dessa (se tabell 2).

Tabell 2: Huvud- och underkategorier

UNDERKATEGORI	HUVUDKATEGORI
Ett enkelt samtal att genomföra Tillgängliga arbetsverktyg underlättar samtalet Samtalets förutbestämda fokus Paret är pålästa och intresserade	Ett okomplicerat samtal
Kvinnans ansvar Barnmorskan ansvarig inför barnet Barnmorskan och kvinnan delar ansvaret Barnmorskan har ett ansvar Tilltro till att kvinnan talar sanning En del undanhåller sanningen	Barnmorskans skyldigheter och kvinnans ansvar
Prata öppet Vinna förtroende är viktigt Etablera kontakt Att som kvinna känna sig trygg i samtalet Forma sig efter individen Professionen i sig gör kvinnan trygg	Skapa ett samtalsklimat där kvinnor kan vara ärliga
Vara ärlig, säga som det är Minska oro och lugna Det som är gjort är gjort Barnmorskorna ger kvinnorna olika information	Barnmorskan anpassar sin information
Frågor och formulär är meningslösa Samtalsverktyg är användbara	Samtalsteknikens betydelse för dialogen

Ett okomplicerat samtal

Samtliga barnmorskor upplevde samtalet om alkohol i tidig graviditet som naturligt och enkelt att genomföra. Barnmorskorna beskrev att de kunde prata öppet med kvinnorna om alkohol och att samtalet inte upplevdes som pinsamt eller svårt. Några berättade att det med tiden hade blivit lättare att föra samtal om alkohol och att de genom erfarenhet hade vant sig.

När jag började med det tyckte jag att det var lite jobbigt och lite sådär... lite pinsamt att fråga om det. Men sen så kom jag in i det och nu tycker jag inte alls att det är pinsamt (IP6).

Samtalet underlättades av att barnmorskan kunde använda sig av AUDIT samt bildstöd i form av fosterbilden. De flesta av barnmorskorna såg AUDIT som den absolut främsta hjälpen i att identifiera kvinnor som hade ett riskbruk. Fick kvinnan låga poäng och bekräftade att hon avstod alkohol under graviditet såg flera av barnmorskorna ingen anledning att fråga vidare. Några lyfte dock fram att de var observanta på vilka frågor som kvinnorna hade fått poäng på. En låg poäng var ingen garanti för att kvinnorna exempelvis inte hade utvecklat ett vanedrickande som kunde vara svårt att bryta. De flesta av barnmorskorna uppgav att de bad kvinnan göra AUDIT tidigt i samtalet och flera sa att de gjorde det mer eller mindre direkt. En barnmorska beskrev hur hon brukade vänta och gå igenom hälsojournalen först.

En barnmorska ansåg att samtalet förenklades om paret var pålästa sedan tidigare och om de visade intresse för det hon hade att säga. En annan barnmorska uttryckte att det också underlättade att samtalet hade ett förutbestämt innehåll och att samma frågor ställdes till alla kvinnor oavsett bakgrund.

Vi har det här formuläret [AUDIT] som vi har plockat fram redan från början så det ligger där i våran hög av information... för vi vet ju inte innan vi möter paret vad de är för människor så det är ingen värdering vi har lagt i dom frågorna utan det är ju... det är ju några frågor som ställs till vem som helst (IP1).

Samtliga barnmorskor nämnde Hagateamet som en resurs de kunde använda sig av när de mötte kvinnor som fick höga AUDIT-poäng eller hade annan känd missbruksproblematik. Hagateamet var också en instans dit barnmorskorna själva kunde vända sig för att få råd och stöd.

Barnmorskans skyldigheter och kvinnans ansvar

Flera barnmorskor uttryckte att kvinnan själv bar ansvaret för att berätta om sin alkoholkonsumtion. Majoriteten upplevde också att kvinnorna var öppna, ärliga och gav sanningsenliga svar på barnmorskans frågor. Få hade mött någon som de misstänkte hade undanhållit sanningen. Det fanns en ovilja att ifrågasätta kvinnorna och en barnmorska uttryckte att hon i omvänd situation skulle känt sig påhoppad om barnmorskan ifrågasatte det hon sa. Barnmorskans främsta uppgift var att informera, inte att misstänkliggöra kvinnorna eller ifrågasätta deras svar. Vad kvinnorna sen gjorde med informationen som gavs var upp till dem, vården som erbjuds är trots allt frivillig.

Det är ju kvinnans ansvar om hon vill sluta dricka eller inte... vi kan ju bara ge information. Sen har vi lagar att koppla in och det ansvaret har vi ju självklart, men jag ger den information jag ger och sen är det hennes ansvar vad hon gör av den informationen (IP6).

En barnmorska ansåg att hon hade en mycket stor möjlighet att påverka kvinnor i frågor rörande alkohol och en annan barnmorska lyfte fram att det var hennes uppgift att identifiera personer med riskbruk. Flera belyste vidare att de som barnmorskor hade ett ansvar och kände en skyldighet för den tredje parten - barnet. Barnmorskorna menade att ett skäl till att kvinnorna var ärliga var barnet i magen. Gravida kvinnor vill sitt barns bästa och graviditeten är en tid då många kvinnor är öppna för förändring. En barnmorska framhöll att ansvaret inför barnet även innefattade tiden efter förlossningen, att det var viktigt att prata om hur en förälders alkoholbruk kan påverka ett barn och dess uppväxtmiljö.

Eftersom det finns en tredje part då, så är det ju jag som har ansvar för den [bebisen]... dom är ju så otroligt oskyldiga i detta och drabbas så hårt om det går fel (IP2).

Några av barnmorskorna reflekterade över att de säkerligen misslyckats med att identifiera riskbruk och att det naturligtvis fanns kvinnor som medvetet ljugit för dem. En barnmorska såg det som en risk om kvinnan var välutbildad och kände till AUDIT som screeninginstrument. Då kunde hon räkna ut vad som var "rätt" svar på frågorna och på så vis undkomma påföljder. En annan resonerade kring risken att kvinnan kunde mörka sin alkoholkonsumtion eftersom kvinnor pratar med varandra och i förväg kunde få reda på att barnmorskan frågar om alkohol.

Skapa ett samtalsklimat där kvinnor kan vara ärliga

De flesta barnmorskor ansåg att det var mycket viktigt att etablera en kontakt med kvinnan/paret för att samtalet om alkohol skulle upplevas som mindre påträngande och därmed ge kvinnan utrymme att svara sanningsenligt. Det var betydelsefullt för dialogen att prata om alkohol på ett öppet, generaliserat och avslappnat sätt, utan att förhålla eller komma med pekpinna. Om barnmorskan fick kvinnan att känna sig trygg var det lättare att få hennes förtroende och just förtroende var en faktor många angav som den viktigaste i samtalet om alkoholkonsumtion.

Att dom har nåt slags förtroende för mig... att dom inte känner att jag är en auktoritet som sitter med pekpinna... att de känner att jag är där för deras skull... det tror jag är den viktigaste faktorn... förtroende (IP1).

De beskrev hur de inledde samtalet med att aktivt jobba för att kvinnan/paret skulle känna sig välkomna. Småprata om väder och vind, le och se vänlig ut, använda humor och se kvinnan i ögonen var några av de saker barnmorskorna gjorde för att skapa en bra första stund i mötet.

Att först fråga hur det känns att vara gravid och sen gå igenom hälsan... att man landar i dom frågorna [om alkohol] på slutet när hon fått ett förtroende för mig och känner att här kan vi vara öppna om saker (IP6).

För att få kvinnan mer bekväm att prata om sin alkoholkonsumtion brukade en barnmorska överdriva vad normalkonsumtion innebar för henne. En annan reflekterade kring barnmorskans status och roll i samhället, att hon är en person som de flesta människor känner att de kan vara öppna inför och därför behöver barnmorskan inte aktivt göra något för att vinna kvinnans förtroende. Det framkom även tankar om att ett vunnet förtroende kan förstöras genom de känsliga frågor barnmorskan ställer till kvinnan. Kände kvinnan sig trängd eller förnärmad fanns det en risk att hon bytte barnmorska.

Barnmorskan anpassar sin information

En stor del av barnmorskans samtal om alkohol handlade om att kvinnan hade druckit innan hon visste om att hon var gravid. I dessa situationer beskrev barnmorskorna att det var en balansgång mellan att ge korrekt och tydlig information samtidigt som de inte ville oroa kvinnorna mer än nödvändigt. Det var en svårighet att inte kunna garantera kvinnan att den alkohol hon druckit inte hade skadat barnet.

Det kan väl vara dubbla känslor med det för det är ju lite sådär... ska man strö salt i såren nu när hon liksom sitter här och är ångerfull och... det får ju ingenting gjort (IP5).

Genom att lyssna till och bekräfta kvinnans oro försökte barnmorskan utgöra ett stöd. Det var viktigt att oron inte fick ta överhand utan istället förmå kvinnan att se framåt, det som är gjort är gjort.

Men jag brukar vara tydlig med det, vad är alternativet? Är det så att du tänker att du ska avbryta graviditeten, och det är ju oftast inte det, nej okej men då kanske du ska lämna det och så ser vi framåt istället (IP1).

En del av barnmorskorna försökte lugna kvinnorna med att det oftast gick bra även om de hade druckit alkohol tidigt under graviditeten. Som stöd använde sig några barnmorskor av TLFB tillsammans med graviditetssnurren vilket gjorde att de ibland kunde avskriva riskerna direkt.

En barnmorska berättade att hon i situationer där kvinnan hade en stark oro för att hon hade druckit alkohol kunde ringa till Hagateamet och rådgöra med dem. När hon sedan kunde berätta för patienten vad experterna inom området hade sagt kunde hon ofta lugna patienten, och ibland även sig själv. Det framkom att flera av barnmorskorna anpassade informationen om alkohol utifrån kvinnan de hade framför sig. Sa exempelvis en kvinna att hon på grund av religiösa skäl inte drack valde flera av barnmorskorna att inte gå vidare med ytterligare information om alkohol. Andra orsaker till att barnmorskan inte gick in lika djupt på alkoholens skadeverkan var om kvinnan sa att hon inte ville ha information eller att hon hade fått låga poäng på AUDIT.

Det är ju en skillnad på en som får ett eller två i AUDIT och en som får betydligt högre poäng kan jag tycka. Där får man ju gå djupare in i det och också verkligen trycka på riskerna och verkligen få med dom på hur man tänker och vad som kan hända. Men med en kvinna som har ett, två, tre i poäng och är väldigt tydlig [med att hon avstår alkohol], och där utgår jag väl kanske lite från mig själv, att om jag själv sitter i den situationen och jag är väldigt tydlig, jag får låga poäng då skulle jag tänka att varför går hon igenom det här med mig, litar hon inte på mig? (IP6).

Fosterbilden visades inte alltid och som orsak till detta angavs tidsbrist, slumpen eller om kvinnan hade många egna frågor. En barnmorska beskrev att hon tyckte att fosterbilden var lite skrämselfpropaganda och flera uppgav att många kvinnor reagerade med förvåning när de fick se den.

En barnmorska berättade att hon gav samma information till alla kvinnor och motiverade det med att kvinnor kan hjälpa varandra.

Då brukar jag säga såhär att det här kanske inte är något problem för dig men jag tänker att tjejer snackar mycket med varandra så det är en bra kunskap för dig att ha så att du kan hjälpa andra kvinnor. Och då är det ingen som brukar protestera (IP2).

Samtalsteknikens betydelse för dialogen

Fem av de sju barnmorskorna som intervjuades hade utbildning i samtalstekniken MI. Utbildningen var dock ingen garanti för att de använde sig av tekniken när de pratade med kvinnorna om alkohol. En barnmorska med utbildning fann det onödigt eftersom hon aldrig hade träffat på någon som sagt att alkoholuppehåll under graviditeten var ett problem. En annan förklarade att hon använde sig av MI litegrann, men att hon inte riktigt gillade upplägget i tekniken.

Åsikterna om huruvida samtalstekniken hade betydelse eller inte skiljde sig åt barnmorskorna emellan och någon samstämmig åsikt gick inte att hitta. Några uttryckte att MI var en mycket bra metod och använde sig medvetet av den i form av öppna frågor och genom bekräftande återberättelser. Lyssna, låta kvinnan berätta med egna ord, inte ställa ledande frågor samt be om lov att få informera var exempel på hur de implementerade MI-tekniken i samtalen. En barnmorska uttryckte att den var väldigt användbar när hon upplevde ett motstånd hos kvinnan att prata om alkohol. Hon använde sig då av frågor som till exempel:

Jag ser att det händer någonting i dig när jag frågar om det här, vill du berätta? (IP1)

En av barnmorskorna tyckte att formulär och frågor var meningslösa då hon ansåg att om det fanns någon som ville undanhålla att hon drack så skulle hon göra det oberoende av vilka verktyg barnmorskan använde eller vilka frågor hon ställde.

Det spelar inte någon roll hur man ställer sina frågor... kommer alltid finnas en grupp vi inte kommer åt. Jag är väldigt övertygad om det faktiskt (IP5).

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet var att beskriva barnmorskors erfarenhet av att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. När ett visst fenomen skall belysas, genom upplevelser och erfarenheter, är kvalitativ ansats ett relevant val av metod. Initialt övervägdes möjligheten att insamla data via fokusgruppsintervjuer vilket är en tänkbar metod när attityder och erfarenheter vill belysas (23). Dock fanns organisatoriska hinder och möjligheten att frigöra ett flertal barnmorskor från deras arbete vid samma tillfälle bedömdes inte vara genomförbart. Enskilda intervjuer bedömdes därför vara den mest lämpliga datainsamlingsmetoden för att kunna beskriva barnmorskornas erfarenheter. En fördel med intervju som metod är att det finns möjlighet att följa upp ett eventuellt oklart svar. Efter varje enskild intervju erhöles godkännande från intervjupersonen att författarna kunde återkomma om något i intervjumaterialet behövde förklaras ytterligare, vilket gjordes vid ett tillfälle via mail. Den berörda barnmorskan fick då transkriberingen skickad till sig och ombads förtydliga ett begrepp hon använt.

För att ta reda på hur trovärdigt ett resultat är, används inom kvalitativa studier begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet. En noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling samt dataanalys hjälper läsaren att bedöma huruvida ett resultat är överförbart till en annan kontext eller inte (24). Överförbarheten i denna studie anses vara begränsad eftersom resultatet endast speglar sju enskilda barnmorskors erfarenheter. Dock kan specifika delar ur resultatet vara överförbara till en annan kontext så som vikten av att kunna etablera en trygg kontakt och att detta i förlängningen har betydelse för att som vårdpersonal erhålla sanningsenliga svar.

Strategier för urvalet har betydelse för hur giltigt ett resultat är (24). En styrka i denna studie är att det i urvalet finns en bredd avseende intervjupersonernas ålder och arbetslivserfarenhet. De stora skillnaderna i hur länge barnmorskorna varit yrkesverksamma inom mödrahälsovården ger en god variation och syftet har därför belysts utifrån olika erfarenheter. Detta stärker studiens resultat och ökar dess giltighet. Det är viktigt att belysa att resultatet kunde ha blivit ett annat om fler barnmorskor från mer än två barnmorskemottagningar hade deltagit. En planerad intervju fick ställas in på grund av sjukdom och kunde inte genomföras vid ett senare tillfälle då barnmorskan inte hade möjlighet

tidsmässigt. Detta bortfall skulle kunna ha betydelse för resultatet men då arbetstiden för denna magisteruppsats varit begränsad anses material från sju stycken intervjuer vara tillräckligt.

En svaghet i denna studie är att författarna aldrig tidigare genomfört en studie med intervju som metod, vilket kan ha påverkat datainsamlingen och därmed resultatet. Om kunskapen i intervjuteknik hade varit större hade frågor eventuellt ställts på ett sätt som lett fram till ett mer gediget resultat. Det kan också ses som en svaghet att under tre av intervjuerna fanns ingen lyssnare och därmed ingen som kunde fånga upp det som intervjuaren eventuellt missade. En fördel var dock att de tre individuella intervjuerna genomfördes sist och en viss vana att intervjua hade då uppnåtts. En styrka är att det användes en intervjuguide (se bilaga 1) som stöd under samtliga intervjuer. På så vis säkerställdes att samtliga frågor ställdes till alla barnmorskor vilket kan anses stärka tillförlitligheten i studien.

Det transkriberade textmaterialet har analyserats noggrant enligt de analyssteg som Lundman och Graneheim (24) beskriver. Analysprocessen har genomförts tillsammans av författarna och genom att i varje steg gemensamt diskutera innehållet har tillförlitligheten i resultatet eventuellt ökat. Bearbetningen av innehållsanalysen var tidskrävande, men resulterade i en genomarbetad analys och ett resultat kunde fastställas. En viss svårighet fanns i att finna övergripande kategorier eftersom antalet underkategorier till en början blev många. Kvalitativ innehållsanalys kan genomföras på olika abstraktions- och tolkningsnivåer och en för textnära analys kan leda till en alltför detaljerad kodning (24) vilket var fallet i denna studie. En högre grad av abstraktion och tolkning var därför nödvändig för att reducera antalet underkategorier och därmed göra resultatet bli mer begripligt. Samtidigt ansågs det viktigt att all transkriberad data som svarade på syftet inkluderades då ambitionen var att skildra de enskilda barnmorskornas erfarenheter. Genom att det i resultatet presenteras citat från intervjuerna ges läsaren också själv möjligheten att bedöma studiens tillförlitlighet.

Som barnmorskestudenter har verksamhetsförlagd utbildning genomförts på en barnmorskemottagning vilket gjorde att det fanns en förförståelse om hur det är att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet. Hur problemområdet identifierades, vilka frågor som ställdes under intervjuerna samt hur textmaterialet sedan analyserades kan ha påverkats av tidigare erfarenheter och kunskaper inom området. Det fanns under hela genomförandet av studien en medvetenhet om förförståelsen. För att undvika egna tolkningar av det som framkom under intervjuerna ställdes flera följdfrågor så att intervjupersonen med egna ord fick tydliggöra vad hon menade. Under dataanalysen följdes noggrant en vedertagen kvalitativ metod steg för steg (24) och genom att texten först lästes individuellt och därefter analyserades gemensamt har den individuella förförståelsen kunnat medvetandegöras och hanteras. Vid en kvalitativ metod är forskaren högst delaktig genom att i

samspel med intervjupersonen vara medskapare av texten vilket gör att resultatet inte kan ses som helt oberoende av forskaren (24). Genom att utnyttja den egna förståelsen kan det skapas möjligheter att upptäcka och inhämta ny kunskap (23).

Resultatdiskussion

Resultatet visar att samtalet om alkohol är enkelt. Kvinnor är till stor del själva ansvariga för hur de konsumerar alkohol under graviditet. Barnmorskorna strävar efter att etablera en god kontakt och en förtroendeingivande relation. Kvinnorna får olika utförlig information om alkohol under graviditet och MI används till viss del. Resultatet diskuteras utefter de huvudkategorier som framkommit i resultatet.

Ett okomplicerat samtal

Samtliga barnmorskor upplever att samtalet om alkohol är okomplicerat att genomföra. De beskriver att de kan prata öppet om alkohol med kvinnorna och att samtalet inte känns besvärande eller pinsamt.

I likhet med vad barnmorskorna säger, bekräftar forskning att samtalet underlättas av att det finns en utarbetad modell och ett tydligt uppdrag att prata med alla kvinnor om alkohol (27). Som en barnmorska uttryckte får alla kvinnor frågor om sin alkoholkonsumtion vilket gör att ingen pekats ut. I resultatet framkommer det också att barnmorskor tycker att samtalet blivit lättare efter hand och, som tidigare forskning beskriver, kan erfarenhet bidra till att samtalet upplevs som enklare (28). Samtliga barnmorskor tycker att Hagateamet är en viktig resurs. Vetskapen om att det finns experthjälp att få kan vara en bidragande orsak till att samtalet om alkohol ses som okomplicerat. Tidigare forskning visar att för sjukvårdspersonal som saknar erfarenhet och vana av att arbeta med patienter med missbruk, kan det underlätta att ha stöd från professioner med specialistkunskap inom området (28-29).

Det är förvånande att resultatet visar att barnmorskorna upplever samtalet om alkohol som okomplicerat att genomföra eftersom tidigare forskning säger att personal som arbetar inom mödrahälsovård upplever det riskförebyggande arbetet under graviditet som utmanande (27). En stor bidragande faktor som försvårar arbetet med att identifiera kvinnor med riskbruk är tidsbrist (27, 29). Andra bidragande orsaker är avsaknad av resurser samt att den gravida kvinnan undanhåller sanningen (27). Det kan ses som problematiskt att barnmorskor upplever samtalet om alkohol som okomplicerat att genomföra eftersom det finns flera studier som visar att gravida kvinnor fortsätter att dricka alkohol under graviditeten (2-3, 5-7).

Barnmorskans skyldigheter och kvinnans ansvar

Flera barnmorskor uttrycker att de anser att kvinnan själv bär det största ansvaret att berätta om sin alkoholkonsumtion, men lyfter samtidigt fram att de känner en skyldighet att skydda barnet i magen.

Såväl Socialstyrelsen som kompetensbeskrivningen för barnmorskor är tydliga med att barnmorskan har ett stort ansvar i att identifiera riskbeteenden som kan skada såväl den gravida kvinnan som barnet (14-15). Lagstöd finns för att barnmorskor skall kunna lämna uppgifter till exempelvis sociala myndigheter om oro för barnet finns (12).

Barnmorskan har alltså långtgående skyldigheter att verka för alkoholfria graviditeter. Mot bakgrund av detta är det därför något förvånande att barnmorskorna anser att kvinnan bär det största ansvaret och inte ser vilket viktigt ansvar de själva har. Barnmorskor möter en stor majoritet av alla gravida kvinnor och har, som en barnmorska lyfter fram, en unik möjlighet i sin yrkesroll att påverka gravida kvinnor i frågor som rör alkohol vilket också bekräftas av forskning (27).

Skapa ett samtalsklimat där kvinnor kan vara ärliga

Förtroende är en avgörande faktor som barnmorskorna ger till varför kvinnorna väljer att vara ärliga när de får frågor om sin alkoholkonsumtion.

Resonemanget liknar det i Katie Erikssons vårdprocessmodell. En god vårdrelation skapar möjligheter för individen att uttrycka sina behov, begär och problem. Eriksson menar vidare att kontinuitet är en viktig förutsättning för att bygga upp en trygg relation mellan patient och vårdgivare (19). Betydelsen av att träffa samma barnmorska genom graviditeten bekräftas också av kvinnor själva, flera studier visar att detta är något som gravida kvinnor värderar högt. Barnmorskan som profession har en avgörande roll för kvinnors erfarenheter av graviditet och barnafödande och barnmorskans bemötande och attityd har stor betydelse för hur kvinnor upplever vårdens kvalitet. Faktorer som är betydelsefulla är att barnmorskan är respektfull, vänlig och stöttande i mötet med den gravida kvinnan och att vården som erbjuds är personcentrerad (30-32). Det är avgörande för vårdens kvalitet att relationen mellan den gravida kvinnan och vårdgivaren präglas av tillit (31).

Det kan diskuteras om kvinnorna hinner få förtroende för barnmorskan under det första mötet. Även om barnmorskorna beskriver hur de aktivt arbetar för att kvinnorna skall känna sig välkomna och trygga är mötet kort och alkohol är bland det första de pratar om. De flesta barnmorskor berättar exempelvis att de tidigt i samtalet brukar be kvinnorna fylla i AUDIT och om de får lågt poäng där så görs ingen ytterligare uppföljning förrän i graviditetsvecka 32. Barnmorskan har ett ansvar att försäkra

sig om att föräldrarna har tagit till sig informationen om alkohol vilket gör att det är lämpligt att vid ett tidigare skede återkoppla till det som säs vid ABCD-samtalet (16). Uppföljning vid flera tillfällen av alkoholkonsumtion under graviditeten är ett viktigt steg i riskbedömningen (27).

Barnmorskan anpassar sin information

Flera av barnmorskorna säger att de inte kan göra mycket mer än att informera om riskerna med alkohol, ändå så framkommer det att de väljer att anpassa sin information efter vad kvinnan själv uppger att hon dricker.

AUDIT är ett mätinstrument som har flera fördelar. Det fungerar väl för att identifiera alkoholproblem, är enkelt att använda och kan användas både som intervju- och självskattningsformulär (33). Det kan dock vara riskfyllt att förutsätta att kvinnor som får låga AUDIT-poäng avstår alkohol. Forskning visar exempelvis att risken att fortsätta dricka alkohol under graviditet är förhöjd för kvinnor som dricker alkohol 2-4 gånger i månaden (4). Detta är inte en mängd som nödvändigtvis ger höga AUDIT-poäng men som några av barnmorskorna sa, kanske det ändå kan tyda på att det finns en etablerad alkoholkonsumtion som kan vara svår att bryta. Hög ålder och rökning är andra riskfaktorer som inte heller de framkommer av AUDIT-poängen (3). Många gravida kvinnor är av uppfattningen att andra kvinnor i samma situation ljugar om sitt alkoholintag, vilket kan tyda på att gravida kvinnor underrapporterar sin alkoholanvändning under graviditet (34). Som barnmorska är det viktigt att vara medveten om att det inom vården råder en stigmatisering av människor med missbruk och att denna stigmatisering bidrar till att det kan vara svårt att identifiera personer med missbruksproblem (18). Sjukvårdspersonal uppger själva att en betydande anledning till att de inte penetrerar en patients alkoholkonsumtion är risken att patienten uppfattar frågorna som besvärande (29) vilket också barnmorskorna beskriver som en anledning till att de väljer att lita på det som kvinnorna säger. Som vårdpersonal kan det alltså vara en utmaning att inte låta sig påverkas av de normer och värderingar som finns och det är därför bra att ha förmågan att reflektera över vad som påverkar ens sätt att arbeta. Sett ur kvinnans perspektiv kan rådande sociala normer och värderingar kring alkohol också utgöra ett hinder för att berätta. När det kommer till att undersöka människors attityder och beteende som är kopplade till sociala normer finns det alltid en risk för bias (34).

Det kan mot bakgrund av detta ses som problematiskt att det finns barnmorskor som baserar sin informationsnivå efter ett formulär som kvinnorna själva fyller i. Även om AUDIT är ett bra redskap för barnmorskorna att använda, är det tveksamt om det helt bör ligga till grund för barnmorskans vidare handläggning. Det är av stor vikt att komma ihåg att även alkoholkonsumtion som i normala

fall inte bedöms utgöra ett beroende eller missbruk kan vara skadligt för fostret om det fortsätter under graviditeten (14).

Även om många kvinnor i Sverige har kunskap om att de inte skall dricka alkohol under graviditet är det få som vet varför (35). Såväl i Sverige som i flera andra länder är kvinnors kunskap om alkoholens skadeverkan låg och de saknar framför allt en specifik kunskap (35-37). Det är enkelt att förutsätta att en gravid kvinna som säger att hon avstår alkohol förstår varför hon skall göra detta, men så behöver alltså inte vara fallet. Som resultatet visar är det exempelvis vanligt att kvinnor reagerar med förvåning när de genom att få se fosterbilden förstår hur fostret via placentan får i sig alkoholen. En barnmorska beskriver bilden som skrämselfpropaganda, vilket också tydliggör hur effektivt det är att visa den. En risk som uppstår när kvinnor inte ges utförlig information om alkoholens fosterskadande effekter är att de riskerar att basera sitt beslut att inte dricka på felaktiga grunder. Alkohol är en socialt accepterad drog och även om mycket forskning slår fast alkoholens fosterskadande effekter (8-10) så debatteras det emellanåt i media om gravida kvinnor bör avstå från alkohol eller inte (38). Forskning visar också att gravida kvinnor värderar medias information avseende risker med alkohol under graviditet högre än den som ges av barnmorskor (34).

Det framstår som oerhört viktigt att barnmorskan ger utförlig och korrekt information om alkohol under graviditet. ABCD-samtalet är föräldrarnas viktigaste informationskälla om alkohol och barnmorskan skall försäkra sig om att kvinnan och hennes partner tagit till sig informationen som ges (16). Alla kvinnor har rätt till att få göra ett informerat val och genom att utbilda kvinnor om alkohol kan barnmorskan också bidra till att fler kvinnor väljer att avstå alkohol också under tiden de försöker att bli gravida. En av barnmorskorna som väljer att informera alla på samma sätt sätter fingret på just detta. Genom att hon ger alla samma information tjäna två syften. Dels att kvinnan faktiskt erhåller information om alkohol även om hon inte dricker, men också att hon genom sin nyvunna kunskap kan sprida budskapet om att alkohol under graviditet kan leda till fosterskador.

Det framkommer i resultatet en tydlig ambivalens hos barnmorskorna gällande hur de skall informera kvinnor som har druckit alkohol tiden mellan sista mens och graviditetsbeskedet. Barnmorskorna beskriver att det är en balansgång mellan att ge korrekt information och att inte bidra till att öka oron hos dessa kvinnor. Eftersom det finns stora risker med att exponera fostret för alkohol redan några veckor in i graviditeten är det av stor vikt att barnmorskan tar dessa kvinnors oro på allvar (9). Samtliga barnmorskor beskriver hur de ofta möter kvinnor som har druckit innan de visste att de var gravida. Trots detta visar resultatet från studien att alla barnmorskor inte använder sig av TLFB i dessa situationer vilket ur flera perspektiv kan anses problematiskt. Utan att säkerställa när och hur mycket

alkohol kvinnan har druckit går det inte utröna om det föreligger en risk för att barnet har skadats. I fall där det har förekommit en stor exponering under en kritisk period i fosterlivet kan det vara bra att ha en viss beredskap för det. Som några av deltagarna lyfter fram kan en noggrann kartläggning med hjälp av TLFB också bidra till att eventuella risker helt kan uteslutas och därmed kan också kvinnans oro helt elimineras (20).

Samtalsteknikens betydelse för dialogen

Av intervjuerna framkommer det att majoriteten av barnmorskorna har utbildning i MI, men metoden används inte av alla. Det är skilda åsikter bland barnmorskorna om huruvida en samtalsteknik har betydelse eller inte när det handlar om att identifiera kvinnor med riskbruk. En barnmorska anser att formulär är meningslösa och det spelar ingen roll vilka frågor hon ställer.

I studier där man jämfört grupper som erhållit MI som intervention eller inte, har det visat sig att MI är en effektiv metod för att hjälpa människor att minska sin alkoholkonsumtion (39). Genom att ställa öppna frågor, ha en medvetenhet kring konsten att lyssna samt att visa ett genuint intresse för den som sitter mitt emot, ökar möjligheterna för att etablera en god kontakt. Detta leder i sin tur till ett tillåtande och öppet samtalsklimat (21). En del av barnmorskorna anser att MI är en mycket bra metod, i synnerhet när de upplever ett motstånd hos kvinnan att prata om alkohol. Genom att undvika ledande frågor och be om lov att få informera implementerar de MI i samtalen på ett bra och relevant sätt. Dock var det flera barnmorskor som uttryckte att de inte använder sig av tekniken i samtalet och några saknar utbildning. För att barnmorskor skall kunna använda sig av en samtalsteknik och därmed utveckla en kompetens krävs utbildning samt upprepade träningstillfällen (40).

Genom att använda MI kan de frågor som ställs på ett ABCD-samtal eventuellt upplevas som något mindre påträngande och möjligheterna kan öka för att etablera en god kontakt med kvinnan (21). AUDIT bör givetvis användas, men inte som ett uteslutande verktyg för att identifiera eller utesluta ett riskbruk. Genom att barnmorskor använder sig av MI i högre utsträckning skulle möjligheterna att identifiera kvinnor som fortsätter dricka alkohol under graviditeten eventuellt öka.

Slutsats

Studiens resultat visar att barnmorskors erfarenheter att prata om alkohol i tidig graviditet är att samtalet är okomplicerat, men att deras arbetssätt skiljer sig mycket åt. Något förvånande lägger barnmorskorna ett stort ansvar på kvinnorna och väljer i stor utsträckning att lita på vad de säger. Barnmorskan spelar en central roll i arbetet att minska alkoholanvändning under graviditet och detta är en viktig uppgift inom området för reproduktiv och perinatal hälsa. Det finns flera fördelar med att informera alla kvinnor på samma sätt då detta kan öka kvinnors specifika kunskap om alkoholens fosterskadande effekter. En ökad kunskap hos kvinnor kan bidra till att förbättra den reproduktiva och perinatale hälsan, vilket är en av barnmorskeprofessionens viktigaste uppgifter. Bland barnmorskor som har utbildning i Motiverande samtal används inte tekniken i den utsträckning som kan förväntas.

Klinisk användbarhet

Studiens resultat indikerar att barnmorskor bör erbjudas möjlighet till kontinuerlig utbildning i Motiverande samtal. Hur samtalet om alkohol i tidig graviditet upplevs ur kvinnans perspektiv är inte ointressant och forskning som belyser detta perspektiv hade varit av stort värde för barnmorskor och kunnat bidra till att utveckla och förbättra samtalet ytterligare. Sammanfattningsvis kan resultatet från den här studien användas för att göra barnmorskor medvetna om att de kan utveckla och förbättra samtalet om alkohol i tidig graviditet. Vår förhoppning är att detta på sikt kan bidra till att antalet kvinnor som fortsätter dricka under sin graviditet minskar.

Referenslista

1. Trolldal B (red). Alkoholkonsumtionen i Sverige 2015 [Internet]. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2016. Rapport 160. [citerad 16-11-10]. Hämtad från: <http://www.can.se/Publikationer/rapporter/alkoholkonsumtionen-i-sverige-2015/>
2. Göransson M, Magnusson A, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *SSA*. 2003 Nov;98(11):1513-1520.
3. Skagerström J, Alehagen S, Häggström-Nordin E, Årestedt K, Nilsen P. Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. *BMC Public Health* 2013;13:780.
4. Nilsen P, Skagerström J, Rahmqvist M, Hultgren E, Blomberg M. Alcohol prevention in Swedish antenatal care: effectiveness and perceptions of the Risk Drinking project counseling model. *AOGS*. 2012 April;91(6):736-743.
5. Lanting C, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin K, Bennebroek-Gravenhorst J, van Wouwe J. Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2015;15:723.
6. Green PP, McKnight-Eily LR, Tan CH, Mejia R, Denny CH. Vital Signs: Alcohol-Exposed Pregnancies--United States, 2011-2013. *MMWR*. 2016 Feb;65(4):91-97.
7. Strandberg-Larsen K, Rod Nielsen N, Nybo Andersen AM, Olsen J, Grønbaek M. Characteristics of women who binge drink before and after they become aware of their pregnancy. *Eur J Epidemiol*. 2008 May;23:565-572.
8. Sarman I. Alkohol, graviditet och barns utveckling [Internet]. 2009. [citerad 2016-11-03]. Hämtad från: <http://www.riskbruk.se/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=12863>
9. Sternebring B. Alkoholberoende – diagnos, komplikationer och behandling. 1:a upplagan. Stockholm: Liber; 2011.
10. Johansson K & Wirbing P. Riskbruk och missbruk. Alkohol, läkemedel, narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri. 2:a upplagan. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
11. Socialstyrelsen. Kunskapsstöd för mödrahälsovården [Internet]. 2014. [citerad 2016-11-07]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>.
12. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [Internet]. Socialstyrelsen; 2006. [citerad 2016-11-08]. Hämtad från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

13. Statens folkhälsoinstitut. Barnmorskans guide för samtal om alkohol [Internet]. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009. [citerad 2016-11-07]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12466/Barnmorskans-guide-for-samtal-om-alkohol.pdf>
14. Statens folkhälsoinstitut. Alkoholfri graviditet. Kvalitetssäkring inom arbetet inom mödrhälsovården [Internet]. 2010. [citerad 2016-11-07]. Hämtad från: http://plus.rjl.se/info_files/infosida39803/alkoholfri_graviditet_kvalitetssakring.pdf
15. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013 July;131(1-2):24-35.
16. Eriksson K. Vårdprocessen. 4:e upplagan. Stockholm: Norstedts förlag; 1988.
17. Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 2016-11-09]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870
18. Socialstyrelsen. Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Avrapportering av regeringsuppdrag [Internet]. 2007. Artikelnr 2007-107-19. [citerad 2016-11-09] Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8969/2007-107-19_2007107191.pdf
19. UNICEF Sverige. Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter [Internet]. Stockholm: UNICEF Sverige; 2009. [citerad 2016-11-09] Hämtad från: <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>
20. Västra Götalandsregionen. Handlingsprogram. Alkohol förebyggande arbete under graviditet och i småbarnsfamiljer [Internet]. Mödra- och barnhälsovården Göteborg och Södra Bohuslän; 2010. [citerad 2016-11-07]. Hämtad från: <https://www2.sahlgrenska.se/upload/BHV%20Gbg%20o%20S%C3%B6Bo/Riktlinjer/Alkohol/Handlingsplan%20alkohol%20MVC-BVC%202010.pdf>
21. Barth T & Näsholm C. Motiverande samtal - MI. Lund: Studentlitteratur; 2006.
22. Statens folkhälsoinstitut. Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård. Riskbruksprojektet – bakgrund, strategi och resultat [Internet]. 2010. [citerad 2016-11-23]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12418/R2010-05-Alkoholfragor-halso-sjukvard.pdf>.
23. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th edition. Wolters Kluwer Health; 2012.
24. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
25. Vetenskapsrådet. God forskningssed [Internet]. Stockholm: 2011:1. [citerad 2016-11-17]. Hämtad från: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

26. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet. [citerad 2016-11-17]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
27. Herzig K, Danley D, Jackson R, Petersen R, Chamberlain L, Gerbert B. Seizing the 9-month moment: addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Educ Couns*. 2006 May;61(2):228-235.
28. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regards towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend*. 2014;134:92-98.
29. Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Rommelsjö A, Geirsson M, Nilsen P. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict Behav*. 2008 Feb;33(2):301-314.
30. Hildingsson I, Andersson E, Christensson K. Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women. *SRHC*. 2014 Jan;5:51-57.
31. Sword W, Heaman MI, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, Kingston D, Michael E, Helewa ME, Akhtar-Danesh N, Hutt E. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 April;12:29.
32. Hildingsson I, Thomas J. Processes, problems and solutions: maternity services from women's perspectives in Sweden. *JMWH*. 2007;52:126–133.
33. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. [citerad 2016-12-14]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>
34. Nilsen P, Holmqvist M, Hultgren E, Bendtsen P, Cedergren M. Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. *AOGS*. 2008 July;87(7):768-774.
35. Skagerström J, Häggström-Nordin E, Alehagen S. The voice of non-pregnant women on alcohol consumption during pregnancy: a focus group study among women in Sweden. *BMC Public Health*. 2015;15:1193.
36. Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Bard D, Isurina G, Tsvetkova L, Volkova E. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia. *Addiction*. 2012 Jan;107(1):109-117.
37. Peardon E, Payne J, Henley N, D'Antoine H, Bartu A, O'Leary C, Bower C, Elliott EJ. Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: a national survey. *BMC Public Health*. 2010 Aug;10:510.
38. Lind K. Wold: Alkoholråd till gravida saknar stöd i forskning. *Svenska Dagbladet*. [Internet]. 13 juli 2016 [citerad 19 december 2016]; Hämtad från: <http://www.svd.se/wold-kritisk-mot-strikta-alkoholrad-till-gravida/om/sverige>

39. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(3):328-335.
40. Wangberg SC. Norwegian midwives' use of screening for and brief interventions on alcohol use in pregnancy. *SRHC*. 2015;186-190.

Bilaga 1

Intervjuguide

- Hur gammal är du?
- Hur många år har du arbetat som barnmorska?
- Hur många år har du arbetat som barnmorska inom mödrahälsovården?

Frågor om samtal i tidig graviditet

- Vad är dina erfarenheter kring att samtala om alkohol i tidig graviditet?
- Finns det några svårigheter kring att samtala om alkohol i tidig graviditet? Isåfall vilka?
- Finns det något som kan underlätta samtalet om alkohol i tidig graviditet? Isåfall vad?

- Hur identifierar du kvinnor som dricker under graviditet? Kan du ge exempel?
- Vilka frågor använder du dig av? Kan du ge exempel?
- När under samtalet utförs AUDIT?
- Vad gör du om en kvinna berättar att hon druckit innan hon visste att hon var gravid?
(Använder du TLFB?)

- Hur ser din information kring alkohol under graviditet ut? Kan du ge exempel?
- Informerar du alla kvinnor på samma sätt?
- Visar du fosterbilden/använder du bildstöd?

- Upplever du det som en risk att du inte får sanningsenliga svar när du frågar om alkoholbruk?
- Vad tror du är den största faktorn för att du ska få sanningsenliga svar?
- Vilka kvinnor tror du riskerar fortsätta att dricka? Kan du ge exempel? Kan du se att kan finnas några andra omständigheter?
- Finns det situationer när du följer upp alkoholbruket - även om AUDIT-poängen varit låga vid ABCD-samtalet? Vilka?

- Vad är barnmorskans ansvar i samtalet om alkohol?

- Har du en utbildning i MI?
- Hur använder du dig av MI i samtalet? Kan du ge exempel?

- Är det något du vill tillägga?

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

De senaste studierna gjorda i Sverige inom området alkoholkonsumtion under graviditet visar att sex procent dricker alkohol trots att de är gravida. Avsikten med den föreliggande studien är att beskriva hur Du som barnmorska upplever att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer med barnmorskor på en barnmorskemottagning i Göteborgsområdet. Intervjuerna sker enskilt vid ett tillfälle och beräknad tid för samtalet är cirka 45 minuter. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör barnmorskans erfarenhet av att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet där Du med egna ord får berätta om Dina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in och därefter transkriberas. Inspelningen kommer sedan raderas.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i den vetenskapliga studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, Du kan när som helst välja att avbryta medverkanen utan att behöva specificera varför. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien

Anna Andrén
Barnmorskestudent
Tel: 0739-52 13 01
gusandanr@student.gu.se

Andréa Johansson
Barnmorskestudent
Tel: 0733-30 45 58
gusiohany@student.gu.se

Handledare
Anna Dencker
anna.dencker@gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om barnmorskans erfarenhet av att samtala med kvinnor om alkohol i tidig graviditet. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Ansvariga för studien

Anna Andrén
Barnmorskestudent
Tel: 0739-52 13 01
gusandanr@student.gu.se

Andréa Johansson
Barnmorskestudent
Tel: 0733-30 45 58
gusjohany@student.gu.se

Handledare
Anna Dencker
anna.dencker@gu.se