



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Självständigt arbete i vårdvetenskap 15
hp

Distriktssköterskors erfarenheter avseende att ställa frågor om alkohol

-En kvalitativ studie



Författare: Malin Ek och Sofie Tvede

Handledare: Mikael Rask

Examinator: Susanne Syrén

Termin: HT18

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå: Avancerad

Kurskod: 4VÅ02E



Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö



Abstrakt

Bakgrund: Cirka 1 000 000 personer lever idag med en riskabel alkoholkonsumtion. Personer med alkoholrelaterade problem söker sig ofta till primärvården först och det är där problemen identifieras.

Distriktssköterskan ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande. För att känna sig tryggare att ställa frågor om alkohol krävs det kunskaper och att vara uppdaterad i ämnet.

Syfte: Att belysa distriktssköterskors erfarenheter avseende att ställa frågor om alkoholvanor hos patienter i primärvården.

Metod: Kvalitativ studie. Semistrukturerat frågeformulär har besvarats av 21 distriktssköterskor. Svaren har sedan analyserats med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier har framkommit från analysen: `Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor`, med underkategorierna *naturligt, självklart* och *vara obesvärad*. `Kan vara utmanande att ställa frågor om alkoholvanor`, med underkategorierna *Ålder och könsrelaterat, kulturskillnader* och *Kvinnor och skam*. Screeningverktyg kan vara ett stöd vid att ställa frågor om alkoholvanor, med underkategorierna *tydliggöra* och *stöd*. `Kunskaperna om att hantera alkoholfrågor är otillräckliga`, med underkategorierna *kunskapsbrist* och *osäkerhet*.

Slutsats: I distriktssköterskans hälsoförebyggande arbete visade studien att det kan finnas svårigheter med att ställa frågor om alkohol. Studien visade också att distriktssköterskorna uttryckte att det fanns en kunskapsbrist i ämnet. Det saknades utarbetade riktlinjer för att kunna hjälpa patienter med en alkoholproblematik vidare i vårdkedjan.

Nyckelord: distriktssköterskor, primärvård, alkohol, kvalitativ design.



Abstract

Background: Approximately 1 000 000 people today live with a risky alcohol consumption. People with alcohol-related problems often seek primary care first and that is where the problems are identified. The district nurse should work on prevention and health promotion. To feel safer to ask questions about alcohol requires knowledge and to be up to date on the subject.

Purpose: To highlight District nurses experiences regarding asking questions about alcohol habits in patients in primary care.

Method: Qualitative study. Semi structured questionnaires were answered by 21 district nurses. The responses were then analyzed with a qualitative content analysis.

Results: Four categories have emerged from the analysis: 'be comfortable in asking questions about alcohol habits', with the following subcategories: *natural, of course, be effortless.* 'Can be challenging to ask questions about alcohol habits', with the sub categories of *age and gender, cultural differences and Women and shame*. Screening tools can be a support to ask questions about alcohol habits', with subcategories *clarify* and *support*. 'Knowledge on dealing with alcohol issues is insufficient', with subcategories *lack of knowledge* and *uncertainty*.

Conclusion: In the District of professional health prevention study showed that there may be difficulties in asking questions about alcohol. The study also showed that district nurses expressed that there was a lack of knowledge on the subject. There was no elaborate guidelines to help patients with a alcoholproblematik further in the chain of care.

Keywords: district nurses, primary care, alcohol, qualitative design.



Tack

Tack för de deltagare i studien som tagit sig tid för att besvara vårt frågeformulär.

Mikael Rask för god handledning.



Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	2
2.1	<i>Svensk alkoholpolitik</i>	2
2.2	<i>Alkoholvanor och alkoholens effekter</i>	3
2.3	<i>Män och kvinnors alkoholvanor</i>	5
2.4	<i>Sociala aspekter</i>	6
2.5	<i>Nationella riktlinjer</i>	7
2.6	<i>Rådgivande samtal</i>	8
2.7	<i>AUDIT-alcohol use disorders identification test</i>	9
2.8	<i>Distriktssköterskans roll</i>	10
3	Teoretisk referensram	12
4	Problemformulering och syfte	14
4.1	<i>Syfte</i>	15
5	Metod	15
5.1	<i>Design</i>	15
5.2	<i>Urval och rekrytering</i>	15
5.3	<i>Datainsamling</i>	16
5.4	<i>Dataanalys</i>	17
5.4.1	Tabell 1 Exempel på dataanalysen	17
6	Forskningsetiska övervägande	18
7	Resultat	19
7.1	<i>Tabell 2 översikt av underkategorier och kategorier</i>	19
7.2	<i>Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor</i>	20
7.3	<i>Det kan vara utmanande att ställa frågor om alkoholvanor</i>	21
7.3.1	Ålder och könsrelaterat	21
7.3.2	Kvinnor och skam	22
7.3.3	Kulturskillnader	22
7.4	<i>Screeningverktyg kan vara ett stöd vid frågor om alkoholvanor</i>	23
7.5	<i>Kunskaperna om att hantera alkoholfrågor är otillräckliga</i>	24
8	Diskussion	25
8.1	<i>Resultatdiskussion</i>	25
8.2	<i>Metoddiskussion</i>	30
9	Slutsats	32
10	Kliniska implikationer	32
11	Framtida forskning	33
12	Referenser	34



Bilagor

Bilaga 1
Audit frågeformulär

Bilaga 2
Frågeformulär

Bilaga 3
3.1
Informationsbrev till verksamhetschef om deltagandet i studien
3.2
Informationsbrev om deltagandet till studien

Bilaga 4
Samtyckesformulär

Bilaga 5
Etisk egengranskning



1 Inledning

Ca 1 000 000 personer i Sverige lever idag med en riskabel alkoholkonsumtion (SOU, 2011:35). Alkoholrelaterade dödsfall uppgår årligen till cirka 2000, men den verkliga siffran kan mycket väl vara den dubbla eftersom det finns en stor underrapportering vid diagnossättning vid beroende av alkohol (Folkhälsomyndigheten, 2016). Merparten av alkoholförsäljningen idag är boxviner där det ses en ökning framförallt hos den äldre befolkningen. En tredjedel av de alkoholrelaterade dödsfallen som sker är olyckshändelser som trafikolyckor, drunkning, fallolyckor och bränder (Hunskår & Hovelius, 2015). Vi har valt att undersöka distriktssköterskors erfarenheter att fråga om alkoholvanor i mötet med patienter inom primärvården då detta känns aktuellt och viktigt att ta upp i samtalet om levnadsvanor. Vi upplever själva att det är känsligt att fråga hur mycket patienten dricker och hur ofta då vi uppfattar att patienten ibland kan ta illa vid sig. Kan det vara så att vi väljer att fråga kort angående alkohol i samtalet om levnadsvanor för att det brister kunskapsmässigt från vår sida i detta ämne? Vi tänker också att det kan finnas en skillnad att prata om alkohol när vi har en patient som är man eller kvinna framför oss. Har kulturell bakgrund en roll när vi frågar om patientens alkoholvanor?



2 Bakgrund

2.1 Svensk alkoholpolitik

Risikkonsumtionen av alkohol beräknas årligen orsaka samhället kostnader om minst 66 miljarder kronor (Folkhälsomyndigheten, 2014). Den svenska alkoholpolitiken har som mål att främja folkhälsan genom att minska de skadeverkningar alkoholen har. Om den allmänna konsumtionen minskar leder det till att alkoholskadorna hos befolkningen blir mindre. Sedan mitten av 1970 talet har alkoholpolitiken vägletts av forskningsrön som visar att totalt sett uppnås den största förebyggande effekten gällande alkoholpolitiska insatser om den riktas till hela befolkningen och inte bara mot högriskgrupperna (Folkhälsomyndigheten, 2016). Genom ekonomiska och fysiska tillgänglighetsbegränsande åtgärder har totalkonsumtionen hållits nere. Att beskatta alkohol är ett viktigt alkoholpolitiskt instrument där syftet är att det ska leda till minskad efterfrågan och konsumtion. Alkohol hanteringen i Sverige regleras genom ett statligt monopol på detaljhandeln (Folkhälsomyndigheten, 2016). Forskning från andra länder har visat att detaljhandelsmonopol reducerar både konsumtion och skador. Åldersgränser, regler för servering av alkohol, reglering av marknadsföring och promillegränser i trafiken är andra alkoholpolitiska instrument (Folkhälsomyndigheten, 2016).



2.2 Alkoholvanor och alkoholens effekter

Definition av riskbruk, beroende och missbruk av alkohol:

Ett *alkoholriskbruk* menas med en alkoholkonsumtion som kan leda till psykiska eller fysiska skador. Riskbruket kan innebära en hög konsumtion av alkohol eller en intensivkonsumtion av alkohol vid ett och samma tillfälle minst en gång i månaden (socialstyrelsen, 2017).

Ett *alkoholberoende* betecknas enligt ICD-10 (International classification of Diseases) där minst tre av följande sex kriterier är uppfyllda. Det finns ett starkt behov efter alkohol. Svårigheter att kontrollera alkoholintaget. En fortsatt användning trots skadliga effekter som fysiska eller psykiska problem. Prioriteringen av alkoholanvändningen är större än andra förpliktelser och aktiviteter. En ökad tolerans av alkohol och fysiska abstinenssymtom (Socialstyrelsen, 2017).

Ett *alkoholmissbruk* definieras enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders) där minst ett av följande fyra missbrukskriterier är uppfyllda. Att personens drickande leder till att det är svårt att leva upp till sina skyldigheter i hemmet, arbetet eller i skolan. Drickandet leder till återkommande situationer som kan vara riskfyllda. Drickandet leder till återkommande juridiska problem, samt ett fortsatt drickande trots varaktiga eller återkommande personliga eller sociala problem som orsakas eller förvärras av drickandet (Socialstyrelsen, 2017).

I Sverige är de rekommenderade gränserna för alkoholkonsumtion hos män respektive kvinnor att det inte får överstiga 14 respektive 9 standardglas per vecka. Ett standardglas är ett mått som motsvarar exempelvis 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit (Folkhälsomyndigheten, 2014). En återkommande intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden räknas också som ett riskbruk. Med intensivkonsumtion avses en konsumtion av fem standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och fyra



standardglas eller fler för kvinnor. I Wåhlin (2015) föreslås följande korta definition att riskbruk av alkohol är ett bruk som medföljer ökad risk för skadliga fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser. Det finns ingen helt riskfri alkoholkonsumtion men med riskbruk menas ett bruk av alkohol där påtaglig förhöjd risk för skadliga konsekvenser föreligger, jämfört med att inte dricka någon alkohol alls (Wåhlin, 2015).

Vid förtäring av alkohol stimuleras hjärnans belöningssystem. Dopamin och olika signalsubstanser frisätts i hjärnans belöningssystem vid alkoholintag (Göransson & Magnusson, 2012). Många upplever känslor av välbehag men även ångest och aggressivitet (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 2016). De dämpande effekterna av alkohol kan vara ångest, muskelavslappande och hämningslösande. De stimulerande effekterna leder till upprymdhet, ökat självförtroende, pratsamhet och känsla av välbehag (Johnson, Richert & Svensson 2017). Alkoholens skadliga effekter beror på dels kön, ålder och ärftliga orsaker (Folkhälsomyndigheten, 2016). Vid stigande ålder ökas känsligheten för alkohol. Detta beror på att kroppens sammansättning förändras när man blir äldre. Muskelmassan blir mindre och därmed minskas kroppsvatten och andelen fett ökar istället. Alkoholen finns i och med det kvar längre i kroppen än på en yngre person (Göransson & Magnusson, 2012). Kvinnor i allmänhet blir lättare berusade på grund av lägre kroppsvikt. Kvinnors kroppar innehåller även mindre andel vatten än mäns kroppar, därmed uppnås en högre promillehalt för kvinnor än män vid samma intag av alkohol (Wåhlin, 2015). Alkohol är oftast en bidragande orsak till akut eller kronisk ohälsa. De vanligaste akuta följderna efter en hög alkoholkonsumtion är högt blodsocker, sömnstörningar, balanssvårigheter och en nedsatt förmåga att tänka klart (Hunskår & Hovelius, 2015). Alkoholberoende och psykisk ohälsa har ett starkt samband. Alkohol kan orsaka psykiska sjukdomar som psykoser och demens. Vid alkoholinducerade psykiska sjukdomar är självmord en ökad risk (Hunskår &



Hovellius, 2015). Vid långvarigt bruk av alkoholkonsumtion kan kroniska tillstånd utvecklas eftersom alkoholen är en toxisk och en cancerframkallande substans (Wåhlin, 2015). Vanliga alkoholrelaterade sjukdomar är hjärt- och kärlsjukdomar, leversjukdomar, cancer i bukspottskörteln och cancer i mun och magtarmkanal (Folkhälsomyndigheten, 2016). Med ett riskbruk av alkohol är det vanligt att det förekommer somatisk samsjuklighet som kan vara konsekvenser av levnadsvanor och livsstil. Men ibland kan även sjukdom leda till en samsjuklighet exempel vid smärtproblematik. Då alkoholen blir ett sätt att hantera smärtan (Johnson, Richert & Svensson 2017). I en artikel av Moore et.al., (2010) framkommer att det är mycket vanligt att det finns ett riskbruk av alkohol och samtidigt tas läkemedel för ett flertal andra sjukdomar såsom högt blodtryck, diabetes och depression. Hunsår och Hovellius (2015) menar att alkohol tillsammans med flertalet läkemedel kan förstärka eller försvaga varandras effekter. Till exempel alkohol tillsammans med blodtryckssänkande och blodförtunnande läkemedel leder till att läkemedlet förstärks i kroppen medan vid intag av antidepressiva läkemedel förstärks effekten av alkoholen ytterligare (Hunsår & Hovellius, 2015).

2.3 Män och kvinnors alkoholvanor

Personers alkoholvanor varierar beroende på kön, ålder, socioekonomiska förutsättningar, etnicitet och religionstillhörighet (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Göransson och Magnusson (2012) menar att alkoholberoendet är en komplex sjukdom där miljöfaktorer och den ärftliga sårbarheten samverkar med varandra. I socioekonomiskt svagare grupper är berusningsdrickande och alkoholberoende vanligare. Detta påverkas inte av den ekonomiska situationen i sig utan sammanlänkade faktorer (Wåhlin,



2015). Ofta har de med sämre socioekonomisk ställning flera ohälsosamma levnadsvanor än de som har bättre ekonomi. Det är vanligare med rökning, brist på motion och dålig kost. Skiftarbete, stress och oro över sin ekonomiska situation kan också läggas till. Sammantaget är riskerna större ju fler ohälsosamma vanor det finns än för de enskilda vanor var för sig (Wåhlin, 2015).

Kvinnor debuterar senare än män med alkohol och dricker mindre mängder. Män har en tendens att berusningsdricka oftare än kvinnor. En förklaring till detta kan vara samhällets könsnormer och rollförväntningar för kvinnor och män. Det kan gälla exempelvis familjeansvar och arbetsliv (Johnson, Richert & Svensson, 2017). I Geels et.al., (2013) framkommer det att kvinnor och mäns alkoholkonsumtion ökar vid 55 års ålder och uppåt. Överdriven konsumtion var större hos äldre kvinnor och förklaringen enligt Geels et.al., (2013) kunde vara att kvinnorna hade större möjlighet till att dricka när barnen hade flyttat ut och ensamheten blev större. Enligt Wåhlin (2015) dricker kvinnor alkohol för att hantera motgångar, stress och ångest vilket leder till slut till ett beroende. Johnson, Richert och Svensson (2017) menar att i samhället är det mer accepterat för män att dricka alkohol än för kvinnor. Det har de senaste tjugo åren skett en könsutjämning men fortfarande dricker män i genomsnitt dubbelt så mycket som kvinnor. Konsekvenserna blir att en större andel män än kvinnor utvecklar ett alkoholberoende.

2.4 Sociala aspekter

Vart femte barn beräknas växa upp i ett hushåll där minst en vuxen konsumerar alkohol som bedöms som en risk för förälderns hälsa vilket också innebär en riskfaktor för barnets hälsa. I Sverige beräknas minst 60 000 barn under 18 år leva med en förälder som har allvarliga



missbruksproblem. Bland dessa barn finns en stor överrisk för olyckor, självmord, våld och eget alkohol och narkotikamissbruk (Folkhälsomyndigheten, 2016). Det finns ett samband mellan ungdomars alkoholkonsumtion och alkoholkonsumtionen hos vuxna (Folkhälsomyndigheten, 2014; Jacob, MacArthur, Hickman & Campell, 2015). I en studie av Jacob, MacArthur, Hickman och Campell (2015) har forskarna intervjuat yngre personer om familjens roll hur de förhåller sig till alkohol. Resultatet visar att ungdomarnas första kontakt med alkohol ofta var i hemmet och att de då blev bjudna av sina föräldrar. De vuxnas syn och vanor kring alkohol speglade hur ungdomarna förhöll sig till alkohol.

Att leva med en person med alkoholproblem kan upplevas av den närstående som skamfullt och där alkoholproblematikern försöker döljas och slätas över för utomstående. Detta skapar ett medberoende för de närstående där de ibland anpassar sin personlighet och sitt eget beteende efter den anhörige som är beroende i hopp om att kunna hjälpa (Wåhlin, 2015). Risken för skador och ett beroende minskas ju tidigare negativa vanor och problem om alkohol uppmärksammas (Johansson & Wirbing, 2008; Johnson, Richert & Svensson 2017).

2.5 Nationella riktlinjer

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011 riktar sig till hälso- och sjukvården och gäller personer som redan utvecklat ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011). I dessa riktlinjer behandlas följande huvudtillstånd; bruk av tobak, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna personer. För att framgångsrikt påverka och förebygga arbetet med ohälsosamma levnadsvanor krävs åtgärder på alla nivåer i samhället samt en aktiv samverkan mellan olika aktörer (Socialstyrelsen, 2011). En viktig roll i



denna samverkan har hälso- och sjukvården när det gäller att förmedla kunskap om levnadsvanor och deras betydelse för hälsan (Socialstyrelsen, 2011).

2.6 Rådgivande samtal

När patienter söker för hälsoproblem bör det ställas frågor om alkohol- och drogvanor i samband med besöket (SOU 2011:35). Med samtycke från patienten bör en kombination av provtagning och diskussion om alternativ livsstil ske för att minska riskerna till ohälsa. Därefter erbjuds en uppföljning med rådgivning vid konstaterat riskbruk (SOU 2011:35). Grunden för alla åtgärder i riktlinjerna är att personer med ohälsosamma levnadsvanor som möter hälso- och sjukvården erbjuds någon form av rådgivning eller samtal om sin levnadsvana. Ett rådgivande samtal bör innehålla: återkoppling om personens alkoholvanor och problem, vad som utgör ett riskbruk av alkohol, vilka skadliga effekter ett riskbruk av alkohol har (Socialstyrelsen, 2011). Även de fördelar som finns av att minska sin alkoholkonsumtion, coping strategier och en handlingsplan bör ingå (Socialstyrelsen, 2011). I Moore et.al., (2010) blev det tydligt att personer med ett alkoholberoende som fick personlig rådgivning minskade sin alkoholkonsumtion över tid. Enligt Socialstyrelsen (2011) är rekommendationerna för vuxna med riskbruk av alkohol rådgivande samtal eller webb- och datorbaserad rådgivning. Syftet med de olika åtgärderna är att personen ska minska konsumtionen av alkohol och därigenom förbättra sin hälsa och minska risken för sjukdomar (Socialstyrelsen, 2011). Vid rådgivning bör en meningsfull information anpassas till personen både genom innehåll och språk. Även om informationen från vårdpersonalen förmedlas så är inte säkert att budskapet når fram till personen på grund av bristande språkkunskaper. Osäkert är då om patienten kan fatta självständiga beslut när de inte kan förstå vilka valmöjligheter som erbjuds. Därmed är det viktigt att använda sig av tolk då det behövs för att öka möjligheten för personen att kunna medverka och själv



få välja (Hansen, 2011). I Brobeck, Odencrants, Bergh och Hildingh (2014) framkom det att patienterna upplevde en känsla av meningsfullhet med rådgivande och motiverande samtal. Patienterna upplevde även att de inte var ensamma om sina problem då de fick stöd av sjuksköterskan. Tillsammans med sjuksköterskan bestämdes individuella mål för patienten. Denna upplevelse gjorde att patienternas livsstilsförändring fick en positiv riktning (Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh, 2014).

2.7 AUDIT-alcohol use disorders identification test

AUDIT – alcohol use disorders identification test (se bilaga 1) är ett instrument som används för att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen, 2017). Syftet är att AUDIT ska användas som ett screeningverktyg på vuxna patienter till exempel i samband med en allmän hälsoundersökning. Vid screening av alkoholvanor identifieras personer med riskbruk och även allvarligare former av missbruk (SOU, 2011). Testet beräknas ta ca 10 minuter att svara på (Socialstyrelsen, 2017). Formuläret ska ses som hjälpmedel för att ta upp frågan om alkohol och kan sedan ligga till grund för ett rådgivningssamtal (Johansson & Wirbing, 2008).

För att patienten ska kunna känna sig bekväm med att svara på frågorna är det viktigt att tystnadsplikt garanteras och att det patienten svarar inte kommer att användas emot dem sedan. Det spelar även roll om patienten känner förtroende för den som lämnar ut formuläret (Johansson & Wirbing, 2008). Efter att patienten svarat på de tio frågorna sammanställs poängen och vid poäng över 6 hos kvinnor respektive 8 poäng hos män ges en indikation på om patienten har en riskfylld alkoholkonsumtion och att den patienten riskerar att utveckla ett problem. (Johnson, Richert & Svensson, 2017; Socialstyrelsen, 2017). Poäng över 14 hos kvinnor och 18 för män indikerar



på ett eventuellt beroende och ett mer omfattande problem (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Gränsvärdena ska ses som riktmärken och ta hänsyn till patientens totala livssituation så att problemet inte överskattas. Som ett exempel är studenter en grupp som under en tid kan ha en riskfylld alkoholkonsumtion men att det för de flesta är under en begränsad tid i livet (Johnson, Richert & Svensson, 2017).

2.8 Distriktssköterskans roll

Distriktssköterskan ska utgå från hälso-och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) där målet är att ge vård på lika villkor och en god hälsa för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och behoven av trygghet, säkerhet och kontinuitet patienten har ska tillgodoses. Det är den som har störst behov av sjukvård som ska ges företräde. Vården ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och för alla människors lika värde. Patientens rätt till självbestämmande och integritet ska även respekteras (Hälso-och sjukvårdslagen (HSL), SFS 2017:30).

Distriktssköterskans kompetensområde är att bland annat använda sig av ett holistiskt förhållningssätt. Det vill säga att individiden ses som en helhet i sitt sammanhang. Distriktssköterskans *etiska kod* innebär att *främja hälsa, förebygga sjukdomar, återställa hälsa och lindra lidande* (Svensksjuksköterskeförening, 2017). Distriktssköterskan i primärvården arbetar med sjukdomsförebyggande insatser, vilket kan innebära att förhindra försämring av pågående sjukdom och att förhindra sjukdomsuppkomst (Wåhlin, 2015). Distriktssköterskan har stor betydelse när det gäller tidig identifikation och intervention när det gäller riskbruk och alkoholberoende, eftersom det är i primärvården flertalet av befolkningen söker vård i första hand (SOU, 2011).



Distriktssköterskan i primärvården spelar en viktig roll då det oftast är där det ges möjlighet till samtal angående levnadsvanor och hälsa då människor söker sjukvård som ofta är relaterade till livsstil (Johanson & Wirbing, 2008). I rollen som distriktssköterska finns det en fördel med att i samband med att ta patientens anamnes också fråga efter alkoholvanor. Att regelmässigt och systematiskt ställa dessa frågor innebär att distriktssköterskan minskar sitt eget motstånd mot att fråga. Ämnet och frågorna tas upp mer naturligt och det kan göra att patienten känner sig mer trygg (Johanson & Wirbing, 2008). Relevanta frågor kring alkoholvanor blir tyvärr ofta aldrig ställda vilket kan bero på att distriktssköterskan inte vill kränka patientens integritet, inte har tillräcklig kunskap eller tidsbrist i att hjälpa patienten att ändra sina levnadsvanor (Johanson & Wirbing, 2008). I studien av Nilsen, McCambridge, Karlsson och Bendtsen (2011) visar resultatet att rådgivningssamtal i primärvården där patienterna får information angående risker med en för hög alkoholkonsumtion leder till att patienter minskar ner på sin konsumtion. Enligt Johanson och Wirbing (2008) är det därför av stor vikt att distriktssköterskor vågar fråga om alkoholvanor. En förutsättning för att ställa frågor kring alkoholvanor är att distriktssköterskan vet och har beredskap för att gå vidare vid en riskkonsumtion eller har kunskap att kunna hänvisa patienten vidare om verksamheten inte kan hjälpa patienten hela vägen (Johanson & Wirbing, 2008). Det beskrivs i tidigare studier av Eriksson och Engström (2015); Geirsson, Bendtsen och Spak (2005) att distriktssköterskorna anser sig sakna tillräckliga kunskaper om alkoholvanor men att det de känner att de har goda kunskaper om andra levnadsvanor. De känner sig bekväma i att samtala om tobak, kost och motion men då det finns en okunskap väljer distriktssköterskorna ibland att inte fråga angående alkoholvanor. I båda studierna efterfrågas mer utbildning hos distriktssköterskorna så att de kan känna sig bekväma att fråga patienter angående deras alkoholvanor. I studien Eriksson och Engström (2015) beskrev distriktssköterskorna vikten av att



bekräfta och lyssna på patienten men att det var svårt på grund av okunskap i ämnet. Vandermouse (2007) belyser att det är viktigt att distriktssköterskor är medvetna om och känner igen symtom som eventuellt kan bero på en alkoholproblematik för att undvika ett lidande hos patienten. Vandermouse (2007) menade också att en del distriktssköterskor avstod från att fråga patienter om deras alkoholvanor för att inte kränka dem och att det själva tyckte att det var ett känsligt ämne att prata om.

Genom att lyssna på patientens berättelse och dennes förutsättningar kan distriktssköterskan hjälpa patienten att nå en bättre hälsa och lindra lidande. Dels genom att hjälpa patienten att få en förståelse för sin sjukdom och att finna motiv och resurser i sin livssituation (Ekman & Norberg, 2015)

3 Teoretisk referensram

I litteraturgenomgången i denna uppsats framkommer det att distriktssköterskor upplever ett motstånd och att inte vara bekväm med att fråga patienter om deras alkoholvanor eftersom de själva saknar brist på kunskap i området alkohol. Detta kan leda till att distriktssköterskorna inte alltid frågar patienterna om deras alkoholvanor på grund av deras okunskap och för att inte kränka patienten. Detta i sin tur kan leda till att patienten inte blir sedd och får den vård som behövs och det kan leda till ett vårdlidande för patienten. En vårdvetenskaplig teori av Erikson med fokus på vårdlidande kan vara till fördel för att förstå problemområdet i denna uppsats.

Som teoretisk referensram har författarna valt Katie Erikssons (1994) vårdande teori- att lindra lidande. Som stöd till Erikssons teori används även Arman och Rehnsfeldts (2006) tolkningar.

Meningen med vården är att lindra patientens lidande och samtidigt ge stöd och hjälp till patienten för att kunna uppleva hälsa. Från det vårdvetenskapliga perspektivet försöker vårdaren utforska hur patienten



upplever och uttrycker lidande och hälsa (Eriksson, 1986). Detta tolkas även av Arman och Rehnsfeldt (2006) att lidande är hur människan upplever oundvikliga svårigheter i livet och som påverkar hennes livsvärld. De anser också att lidandet är en erfarenhet som varje människa kommer att konfronteras med i livet. Enligt Eriksson (1994) kan ett själsligt och andligt lidande upplevas av patienten som skam, förnedring och skuld för sin sjukdom. Vården kan även ge upphov till dessa känslor hos patienten genom kränkande attityder och värderingar. Vårdpersonalen bör möta patienten med värdighet, respekt och helhetssyn på människan. Erikssons (2002) människosyn grundar sig på att människan består av kropp, själ och ande. Inom oss finns en livsvilja som strävar efter självförverkligande och hälsa. Människan är ”fri har tro, förnuft och samvete”. Genom att kritiskt reflektera över sin situation då människan besitter en förmåga till självreflektion kan hon utvecklas. Eriksson (2002) framhåller en helhetssyn på individen där de olika förmågorna samverkar i en helhet. Helhetssynen tolkas även av Arman och Rehnsfeldt (2006) de menar att enligt Erikssons teori är att den medicinska vården ska innefatta även det själsliga och andliga. Detta ger en helhetssyn och patienten känner sig sedd. I de fall där människan inte känner sig sedd inom vården kan det orsaka ytterligare lidande. Enligt Eriksson (1994) finns det olika former av vårdlidande och det är viktigt att komma ihåg att varje situation är en individuell upplevelse för patienten. Vårdlidandet kan enligt Eriksson (1994) sammanfattas genom följande kategorier: ”att kränka patientens värdighet” där människan inte ses eller ges utrymme kan verka kränkande. ”Att fördöma och straffa patienten”, där ett sätt att straffa patienten är att nonchalera och att inte ge tillräcklig vård. ”Att utöva makt”, att inte bli tagen på allvar som patient. ”En utebliven vård eller icke vård”, kan innebära att vårdpersonal har en bristande förmåga att se och bedöma vad patienten behöver. Enligt Arman och Rehnsfeldt (2006) är en tolkning av Erikssons teori om vårdlidande när patienten inte blir sedd i mötet med vårdpersonalen. Mötet blir då på ett ytligt plan och detta kan



sedan innebära att patienten sluter sig och värdefull information går förlorad. För att undvika ett vårdlidande behöver patienten bli bekräftad i sin sårbarhet så att det kan leda till en förändring till det bättre (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

4 Problemformulering och syfte

En osund alkoholkonsumtion är en riskfaktor som kan leda till ett riskbruk och i ett senare skede ett missbruk av alkohol. För stor alkoholkonsumtion kan på sikt ge hjärt- och kärlsjukdomar, leversjukdomar och cancer. Det finns även risk för psykisk ohälsa, alkoholpsykos och självmord. I ett berusningstillstånd ökar risken att råka ut för trafikolyckor, drunkningstillbud, våldsbrott eller hamna i farliga, våldsamma situationer. När en anhörig har ett riskbruk av alkohol påverkas hela familjen och blir lidande av beroendet. Familjen blir ofta medberoende och försöker dölja problemet och känner ansvar, frustration och skuld över situationen. Den årliga kostnaden i Sverige när det gäller riskkonsumtion av alkohol beräknas till ca 66 miljarder kronor. Den viktigaste orsaken till skadliga alkoholvanor är normer och tillgången till alkohol. Distriktssköterskor i primärvården har en viktig roll i folkhälsoarbetet med att arbeta förebyggande mot en ökad konsumtion av alkohol hos befolkningen, de måste därför våga ställa frågor om patienters alkoholvanor. Tidigare forskning visar att det finns en kunskapsbrist hos distriktssköterskor i ämnet alkohol. En del patienter har ingen insikt eller förnekar att det finns ett riskbeteende och tidigare forskning visar att genom att svara på frågor om alkoholvanor kan patienten bli medveten om sitt riskbruk och då få hjälp och stöd av sjukvården. Därför har författarna valt att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor i primärvården har avseende att ställa frågor gällande alkoholvanor i primärvården.



4.1 Syfte

Studien avser att belysa distriktssköterskors erfarenheter avseende att ställa frågor om alkoholvanor hos patienter i primärvården.

5 Metod

5.1 Design

Studien är en kvalitativ studie vars syfte är att undersöka distriktssköterskors erfarenheter avseende att ställa frågor om alkoholvanor. Studier som avser undersöka erfarenheter genomförs lämpligast med en kvalitativ metod (Kristensson, 2016). Det kan finnas lika många sanningar som människor och det är igenom upplevelser individens erfarenheter grundas (Alvesson & Sköldberg, 2017)

Denna studie har genomförts med hjälp av semistrukturerade frågeformulär med kvalitativ ansats (Patel & Davidson, 2011). Materialet från frågeformulären bearbetades i en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

5.2 Urval och rekrytering

Utifrån studiens syfte var distriktssköterskorna utvalda för att de arbetar på vårdcentraler där frågor angående livsstil och levnadsvanor förekommer dagligen i mötet med patienter. Inklusionskriterierna för deltagarna innefattade distriktssköterskor som arbetar på vårdcentraler inom primärvården. Ingen skillnad gjordes avseende ålder, kön eller kulturell bakgrund då författarna endast ämnade undersöka erfarenheter. 25 frågeformulär skickades ut och 21 distriktssköterskor besvarade frågorna. Distriktssköterskorna hade arbetat inom primärvården mellan 0-30 år



(median 11 år). Några av distriktssköterskorna hade även ytterligare utbildning inom hälsofrämjande arbete som hälsopedagogik (n=5), diabetesvård (n=5) och motiverande samtal (n=3). Studien genomfördes på en vårdcentral i region Skåne och på fem vårdcentraler i region Kronoberg.

Författarna kontaktade verksamhetschefer på utvalda vårdcentraler och presenterade studien, tillvägagångssättet och dess syfte via mail och även personlig kontakt. En vårdcentral i region Kronoberg tackade nej till deltagande i studien på grund av tidsbrist. Efter muntligt godkännande från verksamhetscheferna lämnades frågeformulären över personligen eller skickades av författarna till vårdcentralerna där distriktssköterskorna arbetade. Informationsblad och samtyckesformulär, se bilaga 3 och 4 lämnades ut vid samma tillfälle.

5.3 Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade skriftliga frågeformulär, se bilaga 2 (Patel & Davidson, 2011). Frågorna kom i en bestämd ordning och inleddes i de flesta fall med ja och nej frågor, därefter fanns möjlighet att utveckla svaren genom följdfrågor (Patel & Davidson, 2011). Författarna utformade frågeformulären i samråd med handledare.

När frågeformulären var besvarade samlade verksamhetscheferna in dem vartefter författarna hämtade svaren på respektive verksamhet. Vi detta tillfälle inhämtades de redan påskrivna samtyckesformulären.

Frågeformulären märktes med A,B,C osv. så att alla arbetsplatser fick en specifik bokstav. Därefter fick deltagarna en siffra efter deras arbetsplatskod. Detta gjordes för att kunna härleda citat och ursprung (Kristensson, 2016).



5.4 Dataanalys

Svaren analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). För att få en känsla av helheten läste författarna texten upprepade gånger. Därefter togs de meningsbärande enheterna ut som svarade på studiens syfte, för att sedan kondenseras till kortare meningsenheter utan att förlora sin innebörd. De kondenserade meningsenheterna fick därefter en kod som redogör för innehållet i meningsenheterna i korthet. Baserat på liknande innehåll i koderna fann författarna möjliga underkategorier. Underkategorierna kombinerades sedan ihop till olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Hela analysen gjordes gemensamt av författarna.

5.4.1 Tabell 1 Exempel på dataanalysen

Meningsenheter	Kondenserad meningsenheter	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Känns naturligt att fråga då man pratar om patientens levnadsvanor.	Känns naturligt att prata.	Naturligt	Naturligt att fråga.	Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor
Jag är inte obekvämt när det gäller frågor om alkoholvanor.	Inte obekvämt att fråga.	Obesvärd	Att vara obesvärd.	Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor
Känsligt att fråga personer över 70 år.	Känsligt att fråga äldre.	Generation	Ålder och könsrelaterat	Det kan vara utmanande att samtala om alkoholvanor



Äldre kvinnor kan bli lite stötta när frågan ställs.	Kvinnor kan bli stötta.	Skamfullt	Kvinnor och skam.	Det kan vara utmanande att samtala om alkoholvanor
--	-------------------------	-----------	-------------------	--

6 Forskningsetiska övervägande

Författarna har gjort en etisk egengranskning via etikkommitté Sydost, se bilaga 5. Resultatet av granskningen visade att det inte behövdes vidare etisk prövning. Under studiens gång har författarna tagit hänsyn till och övervägt forskningsetiska aspekter vilket omfattar **Informationskravet** som innebar att författarna hade en skyldighet att informera berörda deltagare om studiens syfte (Vetenskapsrådet, 2011). Deltagarna i denna studie erhöll ett informationsblad om syftet för undersökningen och tillvägagångssätt (se bilaga 3.2). **Samtyckeskravet** innebar att deltagarna hade rätt att själva bestämma över sin medverkan i studien och hade rätt att avbryta undersökningen (Vetenskapsrådet, 2011). Deltagarna informerades om att medverkan i studien var frivillig. **Konfidentialitetskravet** innebar att personuppgifter var anonyma och sekretessbelagda (Vetenskapsrådet, 2011). Deltagarna frågades i sin profession och de garanterades anonymitet vilket minskade riskerna att de kommer till skada fysiskt, psykiskt eller kände sig kränkta (Patel & Davidson, 2011). All data destruerades efter studien var färdigställd.

Nyttjandekravet som innebar att det var endast författarna som fick använda och hade tillgång till insamlade data (Vetenskapsrådet, 2011).



7 Resultat

Syftet med denna studie var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att ställa frågor om alkoholvanor inom primärvården. Fyra kategorier framkom av analysen, se tabell 2. Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor, det kan vara utmanande att ställa frågor om alkoholvanor, Screeningverktyg är ett stöd vid frågor om alkohol, Kunskaperna om att hantera alkoholfrågor är otillräckliga.

7.1 Tabell 2 översikt av underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Naturligt att fråga	Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor
Att vara obesvärad	
Ålder och könsrelaterat	Det kan vara utmanande att ställa frågor om alkoholvanor
Kvinnor och skam	
Kulturskillnader	
Tydliggöra	Screeningverktyg är ett stöd vid frågor om alkoholvanor
Stöd.	
Kunskapsbrist	Kunskaperna om att hantera alkoholfrågor är otillräckliga
Osäkerhet	



7.2 Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor

I den här kategorin framkommer vilken erfarenhet distriktssköterskorna har av att fråga om alkoholvanor. Många distriktssköterskor erfar att det ”känns naturligt och självklart” och att de ”kände sig obesvärade” i att fråga om alkoholvanor vid ohälsa.

”Känns som en naturlig del av det hälsofrämjande arbetet vi har”. (b.4)

”gör det till en självklar grej” (a.1)

Frågan om alkoholvanor ställs oftast vid blodtryckskontroller, livsstilsrådgivning och diabetesmottagningar. Även vid telefonrådgivningssamtal vid psykisk ohälsa förekommer att frågan ställs. För distriktssköterskor som arbetar inom barnhälsovård är det självklart att fråga föräldrarna vid första hembesöket. Frågan om alkoholvanor ställs i regel inte direkt utan ingår i samtal om levnadsvanor och då känns det inte konstigt eller obekvämt. Distriktssköterskorna känner att de avdramatiserar frågan om det ställs i ett sammanhang.

”Faller oftast naturligt att fråga om alkoholvanor, i samband med när jag pratar om motion och tobak”. (d.1)

Ibland upplevs att det är svårt att ta upp frågan om alkohol vid första mötet med patienten, det känns lättare när man har byggt upp en relation. En annan erfarenhet är att det kan kännas lättare att ta upp frågan per telefon.

”Jag frågar alltid om lov om jag får ställa några frågor om kost, motion, alkohol och tobaksbruk.” (c.4)

I samtalet ställer distriktssköterskorna öppna frågor och låter patienterna ”själva berätta”, ”om de vill” angående deras alkoholvanor och ställer därefter följdfrågor.



Distriktssköterskor tar upp om alkoholvanor genom att säga att våra levnadsvanor påverkar vårt mående. De ber sedan patienten att berätta hur det ser ut just för hen.

7.3 Det kan vara utmanande att ställa frågor om alkoholvanor

Det har framkommit av distriktssköterskorna att det kan vara en känsligt att fråga äldre och kvinnor om deras alkoholvanor. Distriktssköterskorna erfar att kvinnor blir stötta och vill inte prata om sina alkoholvanor. Det framkom även att det finns svårigheter med att fråga personer med utländsk bakgrund om alkohol.

7.3.1 Ålder och könsrelaterat

Under den här underkategorin framkommer det att de flesta distriktssköterskorna inte upplever någon betydande skillnad att fråga olika generationer eller om patienten är en kvinna eller man.

”nej, inget könsrelaterat. Mer beroende av persontyp”. (d.1)

Det finns ändå upplevelser av att det är känsligt att fråga äldre personer över 70 år angående alkoholvanor. De upplever att det känns mer naturligt att fråga en person i medelåldern, och att det är mer lättsamt att fråga yngre personer. Distriktssköterskorna tror att det finns ett problem eller en underliggande orsak till att medelålders personer dricker alkohol. En erfarenhet är att yngre ofta inte tänkt på varför de dricker så ofta och att äldre har ursäkter varför de dricker, till exempel stress och vantrivsel.

”Tycker dessutom att det kan göra större skillnad för yngre personer än en som är 90 år.” (c.1)

Distriktssköterskorna upplever att det är lättare att fråga män om alkoholvanor. Detta för att de har erfarenheter av att män oftast svarar direkt



hur mycket och när de dricker, medan kvinnor har en tendens att ”slingra sig” när de svarar.

”Äldre kvinnor kan bli lite stötta när man frågar men det finns ju faktiskt en hel del baginboxpensionärskvinnor med riskbruk”. (c.4)

7.3.2 Kvinnor och skam

Generellt upplever distriktssköterskorna att det är svårare att ställa frågor om alkohol till kvinnor. De har erfarenheter av att kvinnor ofta svarar på frågor med ursäkter varför alkohol intas ofta och har svårare att inse att de har problem och erkänna det. Distriktssköterskorna gav uttryck för att kvinnors ursäktande i svar om sin alkoholkonsumtion kan förstås vara relaterade till skam. Distriktssköterskorna upplever att en del kvinnor inte uppskattar frågan om alkoholvanor.

”Känns att det finns mycket skam bland kvinnor till skillnad från män”. (c.1)

7.3.3 Kulturskillnader

Under den här underkategorin framträder distriktssköterskors erfarenhet av att fråga personer med utländskt ursprung. De flesta distriktssköterskorna erfor att det inte var någon skillnad att ställa frågor om alkoholvanor till en person med utländskt ursprung, men en del såg svårigheter med att förklara frågan och varför den ställdes. Erfarenhet finns av att det brukar gå bra att ställa alkoholfrågor när man förklarar att den frågan ställs till alla.

Distriktssköterskorna erfar att det kan vara svårt att tolka nyanser i språket i samtalet med personer med utländskt ursprung. Vissa distriktssköterskors erfarenhet är att de med utländskt ursprung kan bli lite ”stötta” och att det upplevs som närgångna frågor.



"Mer tabubelagt". (c.10)

Distriktssköterskorna upplever det svårare att använda sig av telefontolk när man pratar genom någon annan som lyssnar och ska tolka. Erfarenheten är att det ibland kan vara svårare och känsligare att ställa frågan om alkoholvanor eftersom det inte är tillåtet att dricka alkohol i vissa religioner.

7.4 Screeningverktyg kan vara ett stöd vid frågor om alkoholvanor

I den här kategorin har distriktssköterskor olika erfarenheter av att använda sig av screeningverktyg och här nämns AUDIT av de flesta.

Distriktssköterskorna erfarenhet är att screeningverktyg är bra och att det finns som "stöd" vid samtal vid alkoholvanor och att det "tydliggör" om det finns ett riskbruk.

"Mycket positivt eftersom man har ett verktyg att samtala kring. Blir mer tydligt för både mig och den personen jag samtalar med." (c.1)

Distriktssköterskornas erfarenhet är att det blir mer tydligt för patienten vad som menas med riskbruk vid användning av AUDIT.

"Mycket bra att använda screeningverktyg. Använder AUDIT, suveränt. Med hjälp av dessa blir det lättare att förklara för patienten när de befinner sig i riskzon eller missbruk". (c.5)

Erfarenheten är att det också kan vara till hjälp med screeningverktyg för att diskutera och få mer förståelse för problematiken. Samtalet om alkohol känns lättare med screeningverktyg eftersom patienten då får en förklaring till vad ett standardglas är och hur mycket överkonsumtion innebär.

Distriktssköterskors erfarenhet är att det är bra med AUDIT men det används sällan och några använder det inte alls. Det finns även distriktssköterskor som inte har kännedom om screeningverktyg för alkoholvanor.



7.5 Kunskaperna om att hantera alkoholfrågor är otillräckliga

I den här kategorin framträder att det finns en "kunskapsbrist" i ämnet alkohol och det efterfrågas mer utbildning och uppdatering i ämnet. Detta för att inte distriktssköterskorna ska känna en "osäkerhet" i samtalet om alkoholvanor.

"Jag känner att jag inte har tillräckliga kunskaper, önskade mer information om alkoholens konsekvenser". (c.8)

Distriktssköterskornas erfarenheter är att de inte har tillräckliga kunskaper och önskar mer utbildning samt att bli mer uppdaterade i ämnet. En önskan finns att de vill ha mer fördjupning i ämnet och mer aktuella föreläsningar om alkoholvanor och dess påverkan. Distriktssköterskor anser att ämnet är aktuellt och att de behöver kontinuerlig läsa på i ämnet och få ny information fortlöpande för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt.

Resultatet visar att distriktssköterskorna inte vet om det finns någon rutin vart de ska hänvisa patienter med ett riskbruk på sin arbetsplats.

Distriktssköterskorna har erfarenhet av att hänvisa till läkare, psykosocial resurs och beroendeenheter när patienterna har ett alkoholproblem.

Distriktssköterskorna nämner vikten av att följa upp patienten om den själv vill det och önskar stöd. De beskriver även att några enstaka patienter inte vill ändra sitt liv men de flesta är positiva till förändring.

"Som DSK ska jag finna de med risk eller beroende. Jag ska inte behandla dem det får de som har större kunskap göra. Jag ska lotsa dem vidare". (c.4)



8 Diskussion

8.1 Resultatdiskussion

I studiens resultat framkommer det att distriktssköterskors erfarenhet av att fråga om alkohol till övervägande del är naturligt och självklart vid samtal om levnadsvanor. Distriktssköterskorna använder öppna frågor och låter patienten själv berätta om sina alkoholvanor. För att få mer förståelse för problematiken och tydliggöra vad ett riskbruk innebär använder distriktssköterskorna screeningverktyget AUDIT som stöd. Resultatet visar också att det inte alltid är självklart utan kan också vara utmanade att fråga patienter med annat ursprung om alkohol då det är svårare att kommunicera med dem. Det finns även en erfarenhet att det kan vara en utmaning när frågan ställs till äldre och kvinnor. Bristen på kunskap om att ställa frågor om alkoholvanor framträder i resultatet och distriktssköterskorna önskade mer utbildning i ämnet.

De fynd från resultatet som författarna vill lyfta fram i diskussionen är att distriktssköterskorna erfar att det är ett känsloladdat ämne vid samtalet med kvinnor. Distriktssköterskorna erfar kunskapsbrist vilket skapar osäkerhet i mötet med patienten då de ställer frågor om alkoholvanor. Samt distriktssköterskornas erfarenhet av att använda screeningverktyget AUDIT i samtal om alkoholvanor för att kunna upptäcka patienter med eventuellt riskbruk.

I kategorin *Att vara bekväm vid att ställa frågor om alkoholvanor* med underkategorin *kvinnor och skam* framkom det att distriktssköterskorna erfar att vissa kvinnor känner skam och blir förödmjukade när frågan om alkoholvanor kommer på tal. Distriktssköterskorna erfar att en del kvinnor ”slingrar sig” och vill avsluta samtalet när frågan om alkoholvanor tas upp. Det upplevs som ett känsligt ämne av distriktssköterskorna att fråga kvinnor



om. Detta belyses av Vandermause (2007) som beskriver att sjuksköterskor var oroliga för att vara dömande och att vara förolämpande när de frågade om alkoholvanor särskilt när de frågade kvinnor även om det fanns starka tecken på ett riskbruk.

För att kunna upprätthålla ett etiskt förhållningsätt bör varje möte anpassas efter patientens behov och förutsättningar. I varje möte ska patienten ges utrymme att berätta och bli lyssnad på (socialstyrelsen, 2015). I resultatet visade det sig att distriktssköterskorna erfor svårigheter och motstånd att fråga kvinnor. Författarna anser att det kan finnas en risk med att distriktssköterskorna inte alltid vågar ställa frågor om alkoholvanor till kvinnor. Detta kan leda till att kvinnornas alkoholproblem inte uppmärksammas och det kan resultera i att kvinnorna inte känner sig sedda och söker upprepade gånger till vården för olika fysiska och psykiska symptom. I mötet med patienten är det vårdens ansvar och att skapa förutsättningar för att patienten ska känna sig väl bemött. Ur ett etiskt perspektiv ska varje patient få en jämlik, säker vård och omsorg som är personcentrerad (Socialstyrelsen, 2015). Genom att lyssna på patientens berättelse och dennes förutsättningar kan distriktssköterskan hjälpa patienten att nå en bättre hälsa, dels genom att hjälpa patienten att få en förståelse för sin sjukdom och att finna motiv och resurser i sin livssituation (Ekman & Norberg, 2015).

Enligt Wåhlin (2015) känner många skam för sin konsumtion och rädsla för att bli nedvärderad för sina vanor och ett hinder för att söka hjälp eller vilja samtala om alkohol. När alkohol förs på tal är det många människor som går i försvar och förnekelse och det blir svårt att diskutera vidare. Enligt Vandermause (2007) söker kvinnor vård då de upplever ångest, sömnlöshet, depression och magbesvär och att det är viktigt att tänka på att detta kan bero på underliggande orsaker som alkohol. Eriksson (2002) beskriver att individen ska ses som en helhet som består av kropp, själ och ande, men att



som vårdpersonal inte se hela individen kan det leda till ett vårdlidande för patienten. I mötet med kvinnliga patienter som söker för ohälsa är det därmed viktigt att se helheten och den underliggande problematiken. I distriktssköterskornas möte med patienten är det viktigt att patienten blir bekräftad och känner sig sedd. Patienten kan då få förtroende och kan öppna sig i samtalet och i ett bra möte kan detta resultera i att frågorna om alkoholvanor inte blir så känsliga och kan då få ett mer ett sanningsenligt svar. Det som framkommer i resultatet är att distriktssköterskorna erfar ett motstånd när de frågar och att vissa av kvinnorna känner skam när alkoholvanor tas upp. Detta bekräftas i andra studier och i litteraturen av Wåhlin (2015). Det hade varit intressant att få en djupare insikt om distriktssköterskornas upplevelser av att fråga kvinnor om alkoholvanor i en intervjustudie. Där hade det getts möjlighet att vidareutveckla svaren och författarna hade kunnat ställa följdfrågor för att få ett mer levande material.

I kategorin *kunskaper om att hantera alkoholfrågor är otillräckliga* framkom det att distriktssköterskorna uttrycker ett behov av mer utbildning i ämnet alkohol och att samtala kring alkoholvanor. För att känna sig säker och trygg i ett samtal om alkoholvanor behövs kunskap. I likhet med vår studie belyser Eriksson och Engström (2015) att distriktssköterskor upplever att de saknar kunskaper om alkoholvanor och riskbruk. Distriktssköterskorna i den studien upplevde osäkerhet att samtala om alkoholvanor och att det hade ett samband med en kunskapsbrist i ämnet. Det upplevdes lättare att fråga om kost och motion då de hade en större kunskap om dessa levnadsvanor. I Nilsen, Wåhlin och Heather (2011) studie framkommer att när sjuksköterskor fick träning och utbildning i samtalsteknik fanns mer motivation till att ta en större roll i arbetet med alkoholprevention. Detta belyses även i Geirsson, Bendtsen och Spak (2005) studie där sjuksköterskor som fått fyra timmar eller mer undervisning om alkohol frågade oftare och hade en större förmåga att ge rådgivning till patienten. I vår studie framkommer att det var naturligt



att ställa en rutinfråga om personen dricker alkohol i samband med levnadsvanor. Svaret blir kortfattat och det ges inte möjlighet för patienten att ge ett djupare och mer utvecklat svar. Frågan är om det missas att personen har ett riskbruk om frågan ställs som rutin. Enligt Eriksson (1994) är vårdlidande när personen inte blir sedd och inte ges möjligheten att få öppna upp sig. Att inte bli bekräftad i mötet kan istället ge ökat lidande för personen. Lidandet kan ta sig uttryck på olika sätt, men personen saknar ofta ett språk att uttrycka det på. Lidandet kan förvandlas till ångest, smärta eller fysiska symtom. Erikssons (1994) begrepp vårdlidande kan ses som ett glapp mellan personens förväntan och behov men att detta inte blir tillgodosett på grund av distriktssköterskans brist på kunskap. Således för att undvika ett vårdlidande för patienten behöver distriktssköterskorna mer kunskap om alkoholvanor så att de kan känna sig trygga med att samtala om alkohol i samband med deras arbete inom primärvården.

I kategorin *screeningverktyg kan vara ett stöd vid frågor om alkoholvanor* framkom det att screeningverktyget AUDIT anses vara bra av distriktssköterskorna men att det finns begränsad erfarenhet av att använda det i verksamheten. I de fall där de använder AUDIT upplevs verktyget som ett bra stöd i samtalet om alkoholvanor. Det blir mer tydligt för patienten vad ett riskbruk innebär. Detta är något som också framkommer i Wåhlin (2015) där AUDIT anses som mycket användbart i samtalet om alkohol där man vill fördjupa och konkretisera vanorna. Det innebär att anamnesen blir mer strukturerad och situationen känns mindre laddad då det uppfattas mer som ett självtest än som personliga närgångna frågor. I en studie av Keurhorst et. al., (2015) ser de ett samband med en minskning av alkoholkonsumtionen då AUDIT används som verktyg i samtalet om alkohol. Syftet med screening är att identifiera ett riskbruk, informera och motivera patienten till förändring (Göransson & Magnusson, 2012). Däremot menar Wåhlin (2015) att AUDIT ska upplevas som meningsfullt för patienten och vara relevant för besöket



och bör därför inte användas vid alla besök inom primärvården. Vid användning av AUDIT där screeningen visar en indikation på ett problem såsom hög konsumtion eller risk för beroendesjukdom är det viktigt ha kunskap om vilka resurser du kan erbjuda patienten för vidare hjälp (Göransson & Magnusson, 2012). Göransson och Magnusson (2012) menar att det är viktigt att vårdpersonal vågar fråga patienter om deras alkoholvanor för att uppmärksamma eventuella problem. Det är bättre att ställa frågan än inte alls ”*Var rädd om- inte för!- din patient*” (Göransson & Magnusson, 2012, s.67). Distriktssköterskan kan genom att använda screeningverktuget AUDIT som stöd i samtal tydliggöra ett problem hos patienten som hen kanske inte själv har reflekterat över. Detta stöds av Vandermouse, 2007., Nilsen, McCambridge, Karlsson och Bendtsen, 2011 som visar att rådgivande samtal om alkohol väcker en medvetenhet och patienten börjar fundera över sina egna vanor. Detta kan leda till att patienten drar ner på sin alkoholkonsumtion. Detta kan även härledas till Eriksson (2002) där hon menar att patienten har en förmåga till självreflektion och kan kritiskt granska sin situation och därigenom utvecklas. Genom att kroppen har en livsvilja som utvecklas drivs individen mot hälsa och självförverkligande. Individen får en ökad förståelse i sin situation och har möjligheten att sträva efter en förändring i sin egen hälsa. Således visar tidigare forskning och litteratur i övrigt att AUDIT är bra screeningverktyg att använda i samtalet om alkoholvanor. Detta säger även de distriktssköterskor som använder AUDIT i vår studie. Förhoppningen finns att denna studie vara till hjälp att upplysa distriktssköterskorna i primärvården om fördelarna med att använda AUDIT i samtal.



8.2 Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att fråga om alkoholvanor i primärvården. Metoden som användes var kvalitativ design för att kunna besvara studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Som datainsamlingsmetod användes frågeformulär (Patel & Davidson, 2011). Innehållet i materialet har analyserats enligt Graneheims och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys.

Författarna reflekterar över trovärdighet och tillförlitlighet i studiens resultat samt utvärderar metodens olika moment som leder fram till ett slutgiltigt resultat (Graneheim & Lundman, 2004).

För att svara på studiens syfte valde författarna distriktssköterskor som arbetar inom primärvården. Författarna valde olika vårdcentraler inom både region Kronoberg och i region Skåne. Detta ökade studiens trovärdighet då urvalet är varierat vilket ger en bredd i resultatet (Kristensson, 2016).

Datainsamlingens giltighet ökar eftersom författarna fick en stor svarsfrekvens. Förväntad svarsfrekvens var att mellan 10-20 distriktssköterskor skulle besvara frågeformuläret. Svar inkom från 21 av 25 distriktssköterskor. En svaghet var att några frågeformulär var bristfälligt ifyllda där distriktssköterskorna (n=3) hade endast svarat ja eller nej på fråga 5, 7, 8 och inte utvecklat sina svar vilket gav ett mindre material att analysera. Författarna spekulerar i om det kan ha varit tidsbrist på verksamheterna som gjorde att distriktssköterskorna svarade bristfälligt på de frågeformulären. Svaren hade kunnat vara mer utvecklande och hade haft ett djupare innehåll om författarna hade valt att genomföra en intervjustudie då möjligheten att ställa följdfrågor hade funnits. Svaren hade då kunnat ge ett större material att arbeta med i analysprocessen. Författarna har valt att inte ta med fråga 1 till 3 i frågeformuläret i analysprocessen eftersom de är



fokuserade på bakgrundsfakta, (se bilaga 1). Svaren på dessa frågor har används i redovisningen i studiens deltagare.

Författarna har reflekterat över sin förförståelse och vilken betydelse det har haft i datainsamlingen och analysprocessen. Författarnas förförståelse kan ha påverkat utformningen av frågeformuläret, eftersom de har erfarenhet av att arbeta inom primärvården. I analysprocessen har författarna tillsammans läst, analyserat och tolkat materialet för att få en helhet. Det anses stärka resultatets trovärdighet då två eller flera personer analyserar och tolkar ett material tillsammans då en enskilds persons förförståelse inte riskerar att färga materialet i lika hög grad (Kristensson, 2016). I resultatet har citat från olika distriktssköterskor använts för att förtydliga erfarenheterna.

Distriktssköterskornas citat anses stärka trovärdigheten genom att de tydliggör innehållet enligt Kristensson (2016). Genom att ge en noga beskrivning av metod och resultat anser författarna att överförbarheten stärks i studien Graneheim & Lundman (2004). Författarna har arbetat efter de etiska principer som beskrivs i Kristensson (2016) och då främst principen att inte göra skada och nyttoprincipen. Författarna strävar efter att inte utsätta någon för skada genom att respektera deltagarnas anonymitet och på ett tillförlitligt sätt erfar ny kunskap till verksamheterna i primärvården.



9 Slutsats

I distriktssköterskans hälsoförebyggande arbete visade studien att det kan finnas svårigheter med att ställa frågor om alkohol. Studien visade också att distriktssköterskorna uttryckte att det fanns en kunskapsbrist i ämnet. Det saknades även utarbetade riktlinjer för att kunna hjälpa patienter med en alkoholproblematik vidare i vårdkedjan.

Den aktuella studien tillför kunskap om:

- Det viktigt att distriktssköterskorna i primärvården våga ställa frågor om alkohol. Detta kan i sin tur leda till att patienten reflekterar över sin egen alkoholkonsumtion.
- Att mer utbildning efterfrågas av distriktssköterskorna för att känna sig bekväma och trygga i samtal om alkoholvanor.
- Att AUDIT tydliggör och underlättar i samtalet om alkoholvanor med patienten.

10 Kliniska implikationer

Författarna till föreliggande studien har en förhoppning om att resultatet kan överföras till distriktssköterskor inom primärvården. Studien kan ge en ökad kunskap och en inblick i andra distriktssköterskor utmaningar och förebyggande hälsoarbete.

- Alkoholfrågor bör aktualiseras i primärvården, resultatet av studien och tidigare forskning visar att det finns en okunskap i ämnet hos distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna bör få fortlöpande



utbildning för att kunna känna sig säker med att ställa frågor i det hälsoförebyggande arbetet.

- Det efterfrågas tydligare rutiner i verksamheterna av distriktsköterskorna angående patienter med ett riskbruk och vart de ska hänvisas. Rutiner bör utarbetas för att kunna arbeta patientsäkert.

11 Framtida forskning

Förslag till vidare forskning kunde vara en interventionsstudie där screeningverktyget AUDIT implementerades i primärvården och sedan utvärderades nyttan i verksamheten.



12 Referenser

- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion- Vetenskapsfilosofi och kvalitativ tolkning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande-etik i vårdandet*. Stockholm: Liber AB.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patient's experiences of lifestyle discussion based on a motivational interviewing: a qualitative study. *BioMed central Nursing*. 13(1) doi:10.1186/1472-6955-13-13
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). (2016). *Fakta om alkohol*. Hämtad 2018-10-24 från <http://www.CAN.se/Fakta/alkohol>
- Ekman, I., & Norberg, A. (2015). Personcenterad vård – teori och tillämpning. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlén. *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, A., & Engström, M. (2015). District nurses' perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic Journal of Nursing Research*. 35(2). 77-84. doi: 10.1177/0107408315569122
- Eriksson, K. (1986). *Introduktion till vårdvetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB



Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idè*. Stockholm: Liber AB.

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Öppna jämförelser*. Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Alkoholens skadeverkningar*. Hämtad 2018-10-24 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spelandts/alkohol/skadeverkningar/>

Geels, L. M., Vink, J. M., Van Beek, J. HDA., Bartels, M., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2013). Increases in alcohol consumption in woman and elderly groups: evidence from an epidemiological study. *BioMed central Public Health*. 13(207). 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-13-207

Geirsson, M., Bendtsen, P., & Spak, F. (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol & Alcoholism*. 40(5). 388-393. doi: 10.1093/alcalc/agh185

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. 56. 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Göransson, M., & Magnusson, Å. (2012). *Kvinnor och alkohol- diagnos, riskbruk och beroende*. Stockholm: Liber AB.



Hansen, I. (2011). *Omvårdnad i ett kulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hunskår, H., & Hovelius, B. (2015). *Allmänmedicin*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) Hämtad 2018-10-24 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jacob, N., MacArthur, G.J., Hickman, M., & Campell, R. (2015). A qualitative investigation of the role of the family in structuring young people's alcohol use. *European Journal of Public Health*. 26(1).102-110. doi: 10.1093/eurpub/ckv123

Johanson, K., & Wirbing, P. (2008). *Riskbruk och missbruk*. Finland: WS Bookwell.

Johnson, B., Richert, T., & Svensson, B. (2017). *Alkohol- och narkotika-problem*. Lund: Studentlitteratur AB.

Keurhorst, M., Van de Glind, I., Bitarello do, M., Amaral-Sabadini., Anderson, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Braspenning, J., Wensing, M., Heinen, M., & Laurant, M. (2015). Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*. 110. 1877-1900. doi: 10.1111/add.13088

Kristensson, J. (2016). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.



Moore, A.A., Blow, F.C., Hoffing, M., Welgreen, S., Davis, J. W., Lin, J. C., Ramirez, K.D., Liao, D.H., Tang, L., Gould, R., Gill, M., Chen, O., & Barry, K.L. (2010). Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction Research report*.106. 111-120.doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03229.x

Nilsen, P., McCambridge, J., Karlsson, N., & Bendtsen, P. (2011). Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. *Addiction Research report*. 106.1748-1756. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03476.x

Nilsen, P., Wåhlin, S., & Heather, N. (2011). Implementing Brief Interventions in Health Care: Lessons Learned from the Swedish Risk Drinking Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8. 3609-3627. doi: 10.3390/ijerph8093609

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: wolters kluwer health/Lippincott williams & Wilkins.

Regeringen. (2016). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings och tobakspolitiken 2016-2020*. (Regeringens skrivelse 2015/16:86). Stockholm. Regeringen.



Socialstyrelsen. (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011- stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Audit- alcohol use disorders identification test*.

Hämtad 2018-10-24 från

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsoci altarbete/audit>

Socialstyrelsen. (2015). *Jämlik hälsa, vård och omsorg*. Hämtad 2018-12-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/jamlikhalsa-vardochomsorg>

Statens offentliga utredningar. (2011). *Bättre insatser vid missbruks och beroende-Individen, kunskapen och ansvaret*. (SOU 2011:35). Stockholm: Statens offentliga utredningar (SOU).

Svensk sjuksköterskeförening (2014) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-10-24 från

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Vandermause, R-K. (2007). Assessing for Alcohol Use Disorders in Woman: Experiences of Advanced Practice Nurses in Primary Care Setting. *Journal of Addictions Nursing*. 18. 187-198. doi: 10.1080/10884600701699347

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet



Wåhlin, S. (2015). *Alkohol- en fråga för oss i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.








Bilaga 1

AUDIT frågeformulär

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 "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du?	<input type="text"/> år	Man <input type="checkbox"/>	Kvinna <input type="checkbox"/>						
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 "glas" (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 "glas" 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"/>						

Oversatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!



Bilaga 2

Frågeformulär

1. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska/distriktsköterska?
2. Hur länge har du arbetat inom primärvården?
3. Har du någon ytterligare utbildning inom hälsofrämjande arbete?
Om ja, vilken/vilka utbildningar?
4. Hur upplever du att fråga patienter angående deras alkoholvanor?
5. Upplever du att det är någon skillnad att fråga och samtala angående alkoholvanor om patienten är en kvinna eller man?
Om ja, kan du utveckla varför?
6. Hur upplever du att det är att fråga patienter med utländsk bakgrund om deras alkoholvanor?
7. Upplever du någon skillnad att fråga om alkoholvanor beroende på patientens ålder?
Om ja, kan du utveckla varför?
8. Upplever du att din kunskap i ämnet är tillräcklig för att fråga patienter om deras alkoholvanor?
Om svar nej, vad saknar du?
9. I vilket sammanhang frågar du patienter angående dess alkoholvanor?
10. Använder du dig av någon screening verktyg t.ex. AUDIT för att få en uppfattning om hur mycket alkohol patienten dricker?
Om ja, upplever du att det underlättar identifiera ett riskbeteende?
Om nej, upplever du att det hade varit en hjälp att använda för att identifiera ett riskbeteende?
11. Om du identifierar att patienten har ett riskbeteende, vilka rutiner finns inom din verksamhet att hjälpa patienten vidare?



Bilaga 3

3.1

Informationsbrev till verksamhetschef om deltagandet i studien *Distriktsköterskors rutiner och upplevelser av att fråga patienter om alkoholvanor*

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning med inriktning distriktsköterska på Linnéuniversitet i Kalmar.

Vi söker distriktsköterskor i er verksamhet för att besvara en *enkät med frågor som svarar på syftet till vår magister studie. *Syftet med vår studie är att belysa distriktsköterskors rutiner och upplevelser av att fråga patienter om alkoholvanor. Bakgrunden till vår studie är att alkohol är en riskfaktor för ohälsa. Primärvården har en viktig roll i folkhälsoarbetet med att arbeta förebyggande mot en ökad konsumtion av alkohol hos befolkningen.

Därför anser vi att det är viktigt att i mötet med patienten fråga angående alkoholvanor.

Vårt mål är att sammanlagt ca 10–20 distriktsköterskor på olika vårdcentraler svarar på vår enkät. Därför vänder vi oss till er vårdcentral med förhoppning att kunna lämna ut enkäter till era distriktsköterskor.

Enkäten är utformad med öppna frågor där deltagaren ges möjlighet att utveckla sina svar. Frågorna kommer att ta cirka 20 minuter att svara på.

Deltagandet är frivilligt och det blir inga negativa konsekvenser om man väljer att avbryta. Deltagarna garanteras anonymitet då enkäten besvaras utan personuppgifter.

Vi ser inga risker med att deltagarna medverkar i studien. Fördelen med deltagandet är att distriktsköterskan får reflektera över sitt arbete.

Egengranskning av studien är genomförd och bedöms inte behövas en etisk granskning av etisk kommitté.

Vid eventuell medverkan kommer vi att maila studiens resultat till er så att deltagarna får ta del av den.

Tacksam för återkoppling via mail om ni önskar medverka till vår studie. Vid eventuella frågor vänligen kontakta oss.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning

Student: Malin Ek
me223kc@student.lnu.se

Student: Sofie Tvede
st222dt@student.lnu.se

Handledare: Mikael Rask
mikael.rask@lnu.se

*Syftet är korrigerat till Distriktsköterskors erfarenheter avseende att ställa frågor om alkoholvanor.

*Enkät benämns som frågeformulär i studien.



3.2

Informationsbrev om deltagandet till studien

Distriktsköterskors rutiner och upplevelser av att fråga patienter om alkoholvanor

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning med inriktning distriktsköterska på Linnéuniversitet i Kalmar.

Vi söker distriktsköterskor i er verksamhet för att besvara en *enkät med frågor som svarar på syftet till vår magister studie. *Syftet med vår studie är att belysa distriktsköterskors rutiner och upplevelser av att fråga patienter om alkoholvanor i primärvården.

Bakgrunden till vår studie är att alkohol är en riskfaktor för ohälsa. Primärvården har en viktig roll i folkhälsoarbetet med att arbeta förebyggande mot en ökad konsumtion av alkohol hos befolkningen.

Därför anser vi att det är viktigt att i mötet med patienten fråga angående alkoholvanor.

Via detta brev tillfrågas ni om medverkan i vår enkätundersökning. För att delta ska ni vara distriktsköterska och arbeta på en vårdcentral. Deltagandet är godkänt av verksamhetschefen på er enhet.

Enkäten beräknas ta 20 minuter att besvara. Enkäten innehåller 10 frågor med möjlighet att utveckla sina svar. Vi anser att det inte finns någon risk att delta eftersom vi endast ämna belysa era upplevelser.

Medverkan är frivillig och skulle ni under studiens gång vilja avbryta så behövs ingen närmare förklaring. Enkäten kommer att besvaras anonymt. Allt material som samlas in kommer att förvaras så att endast behöriga har tillgång och förstörs efter färdigställandet.

När ni svarar på enkäten ger ni samtidigt samtycke till att delta i studien.

När studien är klar kommer vi att maila resultatet till verksamhetschefen.

Vi är tacksamma om ni hjälper oss att belysa detta ämne.

Med vänlig hälsning

Student: Malin Ek
me223kc@student.lnu.se

Student: Sofie Tvede
st222dt@student.lnu.se

Handledare: Mikael Rask
mikael.rask@lnu.se

*Syftet är korrigerat till Distriktsköterskors erfarenheter avseende att ställa frågor om alkoholvanor.

*Enkät benämns som frågeformulär i studien.



Bilaga 4

Samtyckesformulär

Samtycke till att verksamhetens distriktsköterskor medverkar i magisterstudien lämnas av verksamhetschef för xxxx vårdcentral.

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av författare till studie

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av författare till studie

Namnförtydligande, ort, datum



Bilaga 5

Etisk egengranskning

		Ja	Kanske	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.			X
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (PUL- ansvarig).			X
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	X		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med minderåriga krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)	X		
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
12	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)	X		

