

Och då kommer jag osökt in på det här med alkohol

En pilotstudie om hur distriktssköterskor
använder AUDIT

FÖRFATTARE	Michael Carlström Caroline Jeppesen
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Inger Kjellberg
EXAMINATOR	Ingela Henoch

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Tack till Inger och informanterna.

Titel (svensk):	Och då kommer jag osökt in på det här med alkohol En pilotstudie om hur distriktssköterskor använder AUDIT
Titel (engelsk):	By the way, could we talk about alcohol. A study how district nurses use AUDIT
Arbetets art:	Examensarbete avancerad nivå, magisteruppsats
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska med inriktning mot primärvård
Kursbeteckning:	OM5310, HT 2013, Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36 sidor
Författare:	Michael Carlström Caroline Jeppesen
Handledare:	Inger Kjellberg
Examinator:	Ingela Hénoch

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Distriktssköterskeyrket har traditionellt varit ett hälsofrämjande yrke. För att finna människor med hög alkoholkonsumtion använder sig distriktssköterskor av AUDIT. Forskning visar att vårdpersonal tycker att det är svårt att möta alkoholmissbrukare i hälso- och sjukvård. **Syfte:** Syftet är att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med AUDIT **Metod:** Semistrukturerade intervjuer med sex stycken informanter genomfördes. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat** Vi urskilde sju subkategorier Subkategorierna var att använda AUDIT, AUDIT kopplas till andra kontroller, att avstå att använda AUDIT, När riskbruk identifierats, AUDIT- en hjälp att tydliggöra riskbruk, ett trubbigt verktyg och ekonomisk styrning. **Slutsats:** Flertalet av informanterna tyckte att AUDIT ingick som en naturlig del vid hälsosamtal och livsstilssamtal. För att skapa en bra relation med patienten försökte informanterna inge trygghet och inte vara för påstridiga. Informanterna använde sig inte av kort intervention. Dock följde de upp med kortare samtal eller remiss till läkare. Distriktssköterskorna var överlag positiva till att använda AUDIT. De menade att AUDIT tydliggjorde vad riskabel konsumtion var.

ABSTRACT (engelska)

Background: The district nurses profession has traditionally been health promotion. In order to find patients with excessive alcohol intake, district nurses use AUDIT. Research shows that health professionals find it difficult to face alcohol abusers in primary care. **AIM:** The aim is to describe how district nurses work with AUDIT. **Method:** Semi-structured interviews with six informants were carried out. The interviews were analyzed using qualitative content analysis. **Results:** We found seven sub-categories. The categories were: Use AUDIT, AUDIT and other controls, to not use AUDIT, when heavy drinking was identified AUDIT a help to clarify heavy drinking, a blunt tool and economic control. **Conclusion:** The district nurses were commissioned by the unit manager to use AUDIT because it was financially advantageous for the unit. The majority of respondents regarded AUDIT as a natural part of their health and lifestyle inquiries. In order to create a good relationship with the patients, the district nurse tried to behave securely and avoided being too intrusive. The respondents did not use brief intervention. However, they did follow-up through shorter dialogue or referral to the GP. The district nurses were generally positive about using the AUDIT. They argued that AUDIT clarified risk of excessive consumption.

Keywords; Alcohol, AUDIT, district nurse, screening, health promotion, brief intervention,

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	2
Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete	3
Korta interventioner	4
Teoretisk referensram	5
Vårdande relation	5
Trygghet	6
Bemötande	7
Autonomi	8
Tidigare forskning	8
Litteratursökning	8
Problemfyllt att fråga om alkoholkonsumtion	9
Att möta missbruk i vården	10
Kort intervention	10
Riskbruksprojektet	11
Problemformulering	12
SYFTE	12
Frågeställningar	12
METOD	12
Urval	13
Datainsamling	13
Dataanalys	14
Pilotstudien	14
Urval	15
Datainsamling	15
Analysmetod	15
Etiska övervägande	17
2. AUDIT kopplas till andra kontroller	17
Att använda AUDIT	18
AUDIT kopplas till andra kontroller	20
Att avstå att använda AUDIT	21

När riskbruk identifierats	21
AUDIT - en hjälp att tydliggöra riskbruk	23
Ett trubbigt verktyg	23
Ekonomisk styrning	24
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	27
I mötet med patienten	27
Att använda AUDIT	29
Fördelar och nackdelar med AUDIT	31
Fördelning av arbetet	32
SLUTSATS	32
REFERENSER	33
BILAGOR	36
Bilaga 1 AUDIT	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation till vårdcentralchef	
Bilaga 3 Forskningspersonsinformation till informant	
Bilaga 4 Frågeguide	

INLEDNING

Distriktssköterskan har traditionellt haft en hälsofrämjande roll inom hälso- och sjukvård. Alkoholkonsumtionen har sedan Sveriges EU-inträde förändrats. Svenskarna har behållit det traditionella helgsupandet men även lagt sig till med kontinental konsumtion under veckodagarna. Idag konsumerar vuxna individer i Sverige ca tio liter starksprit per år ("Alkoholfakta," ; Socialstyrelsen, 2009). Kostnaderna för alkoholrelaterade samhällsproblem var år 2003 cirka 30 miljarder kronor per år. Av 127 000 olycksfall var 20 procent relaterade till alkohol (Socialstyrelsen, 2010).

Alkohol har en hög potentiell skadlighet och påverkar i stort sett alla kroppens organ. Vanligast är hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i lever, ventrikel och pankreas, neurologiska skador samt cancersjukdomar – framförallt "head and neck-cancer" (Dahlström, Kechagias, & Stenke, 2011). Alkohol beräknas vara orsaken till cancer hos cirka tio procent av alla fall i den svenska manliga populationen och tre procent bland den kvinnliga (Socialstyrelsen, 2009). Alkohol ökar även risken för psykisk ohälsa, samtidigt som det kan användas som en form av dämpning av psykiska problem. Alkoholkänslighet är individuell men har även med kön att göra. Kvinnor är mera känsliga för alkoholskador generellt eftersom de har högre halt vatten i kroppen och med samma konsumerade mängd alkohol som en man får de mycket högre alkoholkoncentration i kroppen (Dahlström et al., 2011). Detta är beaktningsvärt med tanke på att kvinnors alkoholkonsumtion allt mer börjar likna männens och statistik visar att konsumtionen praktiskt taget inte skiljer sig åt mellan män och kvinnor (IQ.se; Socialstyrelsen, 2009).

Till sin hjälp för att identifiera personer som befinner sig i riskzonen för alkoholproblem har distriktssköterskan Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) som är ett screeningverktyg. Vår egen erfarenhet som vi fått under vår verksamhetsförlagda utbildning är att distriktssköterskor använder AUDIT när det är speciella tillfällen för alkoholscreening (kampanj) eller när de misstänker att någon har hög alkoholkonsumtion. Vi har upplevt att distriktssköterskor tycker det är besvärligt att använda och att det finns ett motstånd mot AUDIT.

Studier visar att sjuksköterskor genom samtal, så kallad kort intervention, kan få patienter att minska sin konsumtion av alkohol (Lock et al., 2006; Noknoy, Rangsin, Saengcharnchai, Tantibhaedhyangkul, & McCambridge, 2010).

BAKGRUND

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett frågeformulär med tillhörande AUDIT-manual som genom tio frågor finner hög alkoholkonsumtion (se bilaga 1). Frågorna är inriktade på konsumtion (fråga 1-3), tecken på beroende (fråga 4-6) och tecken på skador till följd av alkohol (fråga 7-10) (Socialstyrelsen, 2007; Wennberg, Källmén, Hermansson, & Bergman, 2006). Det går att använda sig av endast de första tre frågorna i AUDIT, det kallas då för AUDIT- C. I den första delen av AUDIT uppskattas hur mycket och hur ofta patienten konsumerat alkohol senaste året samt hur ofta han eller hon har blivit berusad. Den andra och tredje delen är uppbyggt av frågor som påvisar försämrad kontroll över drickandet, att patienten inte har någon kontroll av konsumtionsmängden och anpassar sitt liv efter alkohol, tar sig en återställare, har skuldkänslor, får minnesluckor, får skador relaterat till alkohol samt huruvida omgivningen oroar sig för patienten. Svaren poängsätts efter en lista som brukar finnas i anknytning till AUDIT men som även finns i AUDIT-manualen (Wennberg et al., 2006).

Personal som använder AUDIT behöver ingen särskild utbildning men bör vara intresserad av alkoholfrågor och ha kunskap om alkoholens risker (Wennberg et al., 2006). Personal kan välja att intervjua patienten och fylla i formuläret eller låta patienten själv fylla i formuläret. Patienten ska också ges möjlighet till frågor om testet före genomförande. Det är viktigt att patienten inte är påverkad av alkohol eller andra droger under testet (Wennberg et al., 2006). AUDIT-manualen tar bland annat upp vad intervjuaren ska tänka på när frågorna ställs, t.ex. bemötande och attityd. Den tar även upp kortfattat hur uppföljning kan genomföras vid höga poäng (Wennberg et al., 2006).

AUDIT har blivit validerat i flera studier (Daeppen, Yersin, Landry, Pecoud, & Decrey, 2000; Durbeej et al., 2010; Selin, 2006; So & Sung, 2013). I Krav- och

kvalitetsboken för Västra Götalandsregionen (2013) framhålls att primärvården ska bedriva arbete med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder och att upptäcka hälsorisker. Arbetet ska inriktas mot bland annat rökning, alkohol, motion och droger. Mot alkohol har distriktssköterskan till sin hjälp AUDIT. Att använda screeningverktyg är inte något alla är entydigt positiva till. Kritik som förts fram mot manualbaserad vård är bland annat att det finns en risk för att patientrelationen skadas. Kritik har framförts om att läkare inte ska uppfattas som hälsopoliser. Istället för att screena alla ska läkaren hellre använda sig av anamnesen och sin kliniska blick för att ta upp ämnet när det är aktuellt. Kritiker menar att det finns en risk för att relationen mellan vårdpersonal och patient skadas och att patienten kommer att avstå fortsatt kontakt (Hellberg, 2012). Kritiken gäller även hur evidensbaserad medicin kommer fram till kunskap. Att dra slutsatser från exempelvis epidemiologi innebär att slutsatser bara kan dras på gruppnivå. Det vill säga: alkohol är skadligt men vi är olika toleranta. Det finns människor som faller utanför AUDITS gränsvärden för vad som är riskbruk. Därför kan patienten få alkoholskador trots att personen har låga siffror på AUDIT. (Hetlevik, 2004).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot distriktssköterska ska distriktssköterskan skapa relationer som stödjer patientens autonomi, integritet och delaktighet (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Yrket har förändrats och gått från att tala om för patienten hur han eller hon ska leva till att patienter ska medverka i den egna vården (Rollnick, Miller, & Butler, 2009). Idag använder distriktssköterskan olika typer av pedagogiska metoder, exempelvis motiverande samtal som är menat för att patienten själv ska kunna göra en livsstilsförbättring efter sina egna inneboende krafter. Det blir viktigt att se att hälsa kan vara annat än frånvaro av sjukdom och att patienten själv blir delaktig och tar ett ansvar för sin hälsa (Rollnick et al., 2009) Krav- och kvalitetsboken (Kok-boken) heter det dokument som styr primärvården inom Västra Götalandsregionen (VGR). I kokboken finns värdegrund för hur vården ska bedrivas (Västra Götalandsregionen, 2013). Kok-boken framhåller ett arbetssätt som ska vara hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Vårdcentralerna har ett särskilt ansvar att inrikta sina insatser mot tobak, alkohol/droger och övervikt/fetma. AUDIT är ett

screeninginstrument som är centralt för att stimulera till samtal och uppföljning kring alkoholfrågor menar VGR(Västra Götalandsregionen, 2013).

Enligt de nationella riktlinjerna för alkohol- och narkotikamissbruk är det viktigt att sträva efter tidig upptäckt av riskabel alkoholkonsumtion samt att identifiera och bedöma problemet. Enligt Socialstyrelsen ska screening genomföras i samband med nybesök, vid hälsokontroller och vid vissa sjukdomar där alkohol är en riskfaktor. Socialstyrelsen menar att syftet med testet måste vara explicit. Sättet som testet genomförs på måste vara tydligt för testpersonen och vad resultatet kan leda till måste vara klarlagt (Socialstyrelsen, 2007; Västra Götalandsregionen, 2013).

Korta interventioner

Manualen till AUDIT rekommenderar kort intervention i mindre allvarliga fall av alkoholmissbruk, AUDIT-manualen beskriver detta som enkel rådgivning om att minska alkoholkonsumtionen genom information om alkoholens skadliga effekter (Wennberg et al., 2006). På internationell nivå har World Health Organisation (WHO) starka rekommendationer för korta interventioner vid misstanke om alkoholoriskbruk, de menar att korta samtal på ca 5-30 min med råd om att dra ner på intaget och erbjudande om fortsatt kontakt har bra resultat (World Health Organisation, 2010).

På nationell nivå rekommenderar Socialstyrelsen i sina riktlinjer att personal initierar samtal med patienten genom återkoppling av testresultatet och fokuserar på information och motivering, detta kan vara ett första steg i behandlingen eller i vissa fall tillräcklig i sig självt för att minska en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen, 2007). Även Folkhälsoinstitutet (FHI) rekommenderar att på en första nivå samtala med exempelvis distriktssköterska för att hon ska höja motivationen hos patienten i syfte att minska alkoholkonsumtion. På en basal nivå kan samtalet handla om rådgivning. Återkoppling, ansvar, råd, empati och självtillräcklighet är begrepp som FHI använder. I korthet ska samtalet kretsa kring vårdpersonalens bedömning av alkoholkonsumtionen. Patienten har ett eget ansvar för sin alkoholkonsumtion men samtidigt kan vårdpersonal ge råd. Att vårdpersonal är empatisk har visat sig fungera bäst samtidigt som patientens självförtroende höjs (Folkhälsoinstitutet, 2006).

Korta interventioner kan också genomföras på andra sätt. I en brittisk studie (Deehan, Templeton, Taylor, Drummond, & Strang, 1998) beskrivs det som ett kortare samtal där distriktssköterskan ger patienten råd och information om alkoholbruk samt litteratur om ämnet i form av broschyrer. En annan amerikansk studie (Babor et al., 2006) innehåller en mera omfattande beskrivning av korta interventioner som kortare samtal där distriktssköterskan informerar muntligt och skriftligt om alkoholbruk. Resultaten från AUDIT återkopplas till patienten och eventuella problem eller symtom som identifierats i screeningen tas upp. Risknivån på alkoholkonsumtionen diskuteras också. Distriktssköterskan sammankopplar patientens risknivå med problem och/eller skador som han fått eller löper risk att få och informerar om säkra nivåer på dryckesvanor. Om det är möjligt sluts sedan ett avtal mellan distriktssköterskan och patient om att sluta eller åtminstone minska på alkoholintaget och patienten uppmuntras till att nå målet. Den senare studien visade också att det inte fanns någon signifikant skillnad på resultatet av korta interventioner utifrån om det var läkare eller sjuksköterskor som utförde dem (Babor et al., 2006).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som valt är den vårdande relationen, trygghet, bemötande och autonomi. Omvårdnaden blir till i relationen mellan distriktssköterska och patient. När det finns en vårdande relation kan distriktssköterskan förstå och relatera till patienten. Trygghet är av största vikt för att patienten ska våga utelämnas sig till distriktssköterskan och framförallt när det gäller ett känsligt ämne som alkohol. Om distriktssköterskan inte bemöter patienten på ett bra sätt finns det risk att han eller hon inte svarar på frågor om alkoholkonsumtion. Autonomi är lagstadgat och betyder att patienten själv kan välja om han eller hon vill ha hjälp.

Vårdande relation

Enligt Alligood och Marriner-Tomey (2010) menar Travelbee att vi i botten alla är människor, oavsett om man är sjuksköterska eller patient. Omvårdnaden blir till i den relationen mellan människor som sjuksköterskan skapar tillsammans med patienten. Individens omvårdnadsbehov kan mötas av en sjuksköterska som har ett disciplinerat intellektuellt förhållningssätt till problem och använder sig själv som ett terapeutiskt instrument. Att använda sig själv som ett terapeutiskt instrument kan ses både som en konst och en vetenskap, det kräver att sjuksköterskan är medveten om hur det egna

beteendet påverkar andra. Egenskaper som självinsikt, självförståelse och förmåga att förstå mänskligt beteende samt tolka sitt eget och andras beteende påverkar andra. Samtidigt måste sjuksköterskan underbygga allt med en gedigen vetenskaplig och intellektuell bas (Alligood & Marriner-Tomey, 2010; George, 2011)

Sjuksköterskan kan medvetet skapa en patientrelation genom en process av patient-sjuksköterska-interaktioner, där varje interaktion mellan patient och sjuksköterska, verbal eller icke verbal, innebär ett steg på vägen mot en god relation.

Sjuksköterskan och patienten ska ta sig igenom fyra faser för att uppnå den optimala relationen: fasen med det första mötet, fasen där identiteterna emanerar, fasen med empati och fasen med sympati. I den första fasen skapar sig båda ett första intryck och kategoriserar den andra utifrån sin egen erfarenhet och bakgrund. I den andra fasen börjar individerna träda fram, både sjuksköterskan och patienten inser att de har en unik person framför sig. Då blir det extra viktigt att sjuksköterskan är professionell och medveten om sina egna förutfattade meningar (George, 2011). I den empatiska fasen utkristalliserar sig varje individ ytterligare och i bästa fall ser relationens deltagare varandras likheter och vill förstå den andre. Förmågan att förstå och dela en annan människas psykiska tillstånd i nuet, alltså empatin, utvecklas. Empatin hjälper sjuksköterskan att uppfatta hur patienten tänker och känner samt förutse patientens beteende. Den sympatiska fasen karakteriseras av den basala impulsen att vilja lindra en annan människas lidande. Sympati är inte bara att vara vänlig utan på ett djupare plan göra sig sårbar och riskera att själv känna smärta genom att lätta den andres nöd (Alligood & Marriner-Tomey, 2010; George, 2011). Sista fasen är då en god relation är uppnådd. Den fasen är förmågan att verkligen ge omvårdnad till en annan människa, att bry sig om, att relatera till den andre som en medmänniska. Kommunikation beskrivs som en interaktion där ett budskap sänds, mottags och tolkas adekvat av båda parter (George, 2011).

Trygghet

Patienten bedömer i varje ny situation om sjuksköterskans handlingar är förutsägbara menar Stål (2008). Förtroende och trygghetsbehovet kan tillgodoses om patienten bemöts med ärlighet och respekt. Stål (2008) beskriver hur patienten och sjuksköterskan ska vara i rytmisk synkronisering. Rytmisk synkronisering är att personkemi finns, att de är på lika våglängd och en slags känsla av samförstånd (Stål, 2008). Lika lite som att det är självklart för sjuksköterskan är det inte självklart att

alla patienter har en inneboende trygghet och tillit. Kanske har en del patienter fått kämpa för att själva bygga upp sig trygghet och är därmed mer beroende av den egna kontrollen. Fossum (2013) beskriver hur patienten redan i första mötet med sjuksköterskan avgör om han eller hon kan känna sig trygg och lita på att bli hjälpt, detta görs genom att patienten noterar hur sjuksköterskan betar sig, hur han eller hon hälsar, inleder samtal och överväger utifrån detta kompetensen. Sjuksköterskan kan öka trygghetskänslan hos patienten genom att förbereda sig inför mötet. Att veta vem patienten är, vad syftet är med mötet och var det ska ske är grunden för att bygga trygghet. Samtidigt bör sjuksköterskan vara medveten om sitt kroppsspråk och vara tydlig med presentation av sig själv. Sjuksköterskans kompetens och förmåga att ge information ökar också tryggheten hos patienten (Dinç & Gastmans, 2013; Fossum, 2013).

Bemötande

Ett bra bemötande är att möta patienten som individ med hänsyn till deras specifika erfarenheter och sociala, fysiska och psykiska situation, samtidigt som patientens värdighet bevaras. Bemötandet handlar inte bara om den verbala kommunikationen utan lika mycket om den icke-verbala. Vad utstrålar distriktssköterskan genom sitt kroppsspråk? Att sitta eller stå, ha ögonkontakt, ta avstånd och pauser i samtalet är faktorer hon måste ha i åtanke (Fossum, 2013). Bemötandet kan vara avgörande för hur patienten kommer att uppleva hela mötet och samtalet, och därmed behandlingen. I varje samtal inom vården utspelar sig en maktsituation (Fossum, 2013). Vårdaren har makten att definiera patienten med en diagnos, men även övertaget i fråga om kunskap om sjukdomen, orsaker och behandling. Om sjuksköterskan lyssnar på patienten och svarar på frågor och bekräftar patienten ökar patientens värdighet (Heijkenskjold, Ekstedt, & Lindwall, 2010). Enligt svensk sjuksköterskeförening borde tillit vara närvarande i alla mänskliga möten och innefatta tillit till sig själv, till andra och till systemet. Det är förutsättningen för en god vårdrelation och möjliggör närhet. En relation måste karakteriseras av värme, respekt, acceptans och pålitlighet för att personen ska känna tillit. Vårdpersonalens förmåga att visa sig öppen, engagerad, pålitlig och skapa förtroende får tilliten att växa fram i vårdrelationen (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Autonomi

Självbestämmanderätten beskrivs tydligt i hälso- och sjukvårdslagen. Där beskrivs att hälso- och sjukvård ska bedrivas i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). I en relation mellan sjuksköterska och patient är det viktigt att sjuksköterskan bekräftar patientens fullmakt till eget beslutsfattande, autonomi. Sjuksköterskan kan se patientens autonomi som ett informerat samtycke det vill säga att en välinformerad patient kan ta egna beslut (Ottosson, 2009). Patienten kan också uppleva sin egen autonomi som en (av flera) källor till livskraft, det vill säga en typ av hälsoresurs, en möjlighet att påverka sin egen situation (Birkler & Björkander Mannheimer, 2007; Caldwell, Wasson, Brighton, Dixon, & Anderson, 2003). Dahlberg och Segesten (2010) menar att vården måste ha individens livskraft som mål. Det är inte bara sjukdom som ska bekämpas. De framhåller även att patienten måste vara delaktig i sin vård. Då kan patienten själv välja hälsofrämjande val som är optimerade. Vårdaren måste balansera mellan sin egen kunskap och förförståelse med öppenhet inför patienten. De menar att ett öppet vårdande innebär att kunna möta patienten så förutsättningslöst som möjligt (Dahlberg & Segesten, 2010).

Tidigare forskning

Litteratursökning

För att få en överblick över tidigare forskning om AUDIT sökte vi i databaserna pubmed, cinhal psyinfo upprepade gånger under hela examensarbetet. De sökord vi använde var alcohol screening, audit, primary care, experience, public health, attitudes, manual, community health nurse, nursing och district nurse i olika konstellationer. AUDIT har validerats genom många studier men vi har inte funnit någon som tydligt beskriver vad distriktssköterskor eller annan vårdpersonal har för erfarenheter av att använda AUDIT. Sökningarna utvidgades därför till att även innefatta annan vårdpersonal men även studier som visar vad personal anser om att använda screeningverktyg vid alkoholkonsumtion. Dock bedömde vi att några artiklar var intressanta för vårt ämnesområde och den planerade pilotstudien. Vi läste igenom de artiklar som fanns att nå på universitetsbibliotekets hemsida och bedömde relevansen efter vad som stod i titel och abstract. Inga begränsningar av studier gjordes avseende årtal eller typ av studie, enbart på åtkomlighet då vi inte ville beställa artiklar på grund av tidsbrist. Artiklar erhöles även vid referensgenomgång.

Vi fann tre tydliga teman bland den tidigare forskningen som vi tycker anknyter till distriktssköterskans användning av AUDIT. Det var problemfyllt att fråga om alkoholkonsumtion, hur sjuksköterskor tycker det är att möta missbrukare och sjuksköterskeledd kort intervention minskar alkoholkonsumtion. Vi tar även upp Riskbruksprojektet. Riskbruksprojektets mening har varit att lyfta frågor om alkoholkonsumtion hos vårdpersonal. Både användandet av AUDIT och kort intervention har Riskbruksprojektet försökt att lyfta.

Problemfyllt att fråga om alkoholkonsumtion

Flera studier (M. Johnson, Jackson, Guillaume, Meier, & Goyder, 2011; Tam, Zwar, & Markham, 2013) visar på att vårdpersonal har svårt att prata om alkohol med sina patienter. Detta beror på att det är ett känsligt ämne som kan skada relationen mellan läkare/sjuksköterska och patienten enligt de tillfrågade. Tam et al. (2013) framhävde att läkare tyckte det var lättare att fråga nya patienter eller när frågorna ingick i en hälsoundersökning. De sade sig vara rädda att förstöra relationen med patienterna vilket de ansåg var viktigare än att fråga. De kunde tänka sig att använda AUDIT om de redan hade identifierat ett riskbruk hos patienten. Vårdpersonalen var övertygad om att de genom att använda AUDIT hade överidentifierat människor med hög alkoholkonsumtion (Tam et al., 2013). I en annan studie (M. Johnson et al., 2011) framhålls det att vårdpersonal ansåg att de saknar resurser att ta hand om patienter som gav höga poäng på AUDIT eller andra screeningverktyg. Vårdpersonalen tyckte även att det saknades tid och/eller ekonomi för att samtala om patienters alkoholkonsumtion. Personalen undvek även att använda screening då de inte ansåg sig ha fått utbildning i användandet av exempelvis AUDIT. Även de tillfrågade i denna studie var rädda för att förstöra relationen med patienten (M. Johnson et al., 2011). Griffiths et al.(2007) beskriver att vårdpersonal inte kände sig tillräckligt kompetenta för att fråga patienter om deras alkoholkonsumtion. De kände sig även mindre bra på att känna igen tecken på att patienten hade en hög alkoholkonsumtion (Griffiths, Stone, Tran, Fernandez, & Ford, 2007). En studie från Australien visade att personal inte använde AUDIT oftare bara för att de fick mer riktlinjer över hur de skulle använda verktyget (Tran, Stone, Fernandez, Griffiths, & Johnson, 2009). Även om patienter fick höga poäng vid användandet av AUDIT var det inte säkert att vårdpersonal gjorde en intervention för att hjälpa patienten att konsumera mindre. Endast 62 procent av de som fick höga poäng erbjöds intervention i form av

hälsosamtal med en sjuksköterska. Det fanns även skillnader beroende på om de var män eller kvinnor då män oftare erbjöds intervention. Även åldern spelade roll då äldre (60 år och uppåt) oftare fick intervention än yngre (Lock & Kaner, 2004). I en svensk studie tillfrågades patienter om hur de ställde sig till att bli tillfrågade om alkoholkonsumtion. Två tredjedelar av de tillfrågade ställde sig positiva till att svara på frågor om sin konsumtion (Nilsen, Bendtsen, McCambridge, Karlsson, & Dalal, 2012). Seale (2005) prövade att göra AUDIT obligatorisk genom att genomföra den tillsammans med annan screening innan patienterna fick möta personal på vårdcentralen. Svarsfrekvensen ökade dramatiskt men samtidigt hann inte alla fylla i screeningmaterialet till fullo då det tog lång tid (Seale et al., 2005).

Att möta missbruk i vården

Sjuksköterskor har beskrivit mötet med alkoholberoende patienter inom hälso- och sjukvård som svårt (Lock, Kaner, Lamont, & Bond, 2002). Det fanns en rädsla för att patienten ska bli aggressiv, förlägen eller apatisk. Det var en balansgång att inte göra patienten upprörd om man frågade om alkoholkonsumtion. En del sköterskor valde helt att avstå att fråga om alkohol för att inte patienten skulle avsluta samtalet. En annan orsak till att sjuksköterskor avstod att ta upp alkoholkonsumtion med sina patienter var svårigheterna med att förklara standardglas och att patienter såg alkoholkonsumtion som något positivt som de inte vill ändra på. De erfor problem att tala om vilka gränser patienter ska ha när det gäller alkoholkonsumtion. Att motivera varför kvinnor ska konsumera mindre än män tyckte sjuksköterskorna också var svårt (Lock et al., 2002).

I en svensk studie (Holmqvist et al., 2008) framkommer det att 50 procent av läkarna och 28 procent av sjuksköterskorna frågar patienter om alkoholkonsumtion vid besök. De som frågade patienter ansåg att det ingick i deras arbete att göra det. De som valde att inte fråga patienter om alkohol ville ha mer kunskap om alkoholrelaterade frågor. Hela 93 procent sade att om de hade mer tid till att prata med patienter om alkoholfrågor hade de frågat mer om alkoholkonsumtion.

Kort intervention

En jämförande studie mellan en kontrollgrupp och en grupp som fick sjuksköterskeledd kort intervention fokuserad på hälsofrämjande minskade konsumtionen bland interventionsgruppen. Interventionsgruppen hade då fått cirka

fem minuters intervention av en sjuksköterska eller en läkare (Reiff-Hekking, Ockene, Hurley, & Reed, 2005). En randomiserad kontrollstudie gjord i Thailand kom fram till att flera personer i interventionsgruppen minskade sin konsumtion av alkohol än de i kontrollgruppen. Sjuksköterskorna använde sig av reflekterande samtal, empatisk samtal och pratade om för- och nackdelar med patienterna för att nå resultat (Noknoy et al., 2010).

Locke (2006) studerade effektiviteten av en sjuksköterskeledd kort intervention mot alkohol. Forskarna kom dock inte fram till att det var effektivt varken som intervention eller hälsoekonomiskt (Lock et al., 2006). En studie fann att fyra år efter den korta interventionen så var minskningen av alkoholkonsumtionen inte längre signifikant. De konsumerade lika mycket som dem som inte fick kort intervention (Ockene, Reed, & Reiff-Hekking, 2009).

En svensk studie (Johansson, Akerlind, & Bendtsen, 2005) tog reda på vad som krävs för att sjuksköterskor på vårdcentral skulle använda sig av kort intervention. Sjuksköterskorna anger främst att de saknar kunskap om korta interventioner och att de inte tror tillräckligt mycket på sin egen förmåga att genomföra en kort intervention. De ville helst ha en orsak till varför de skulle fråga patienter om deras alkoholkonsumtion. Trots att de har fått utbildning i vad riskbruk är och hur de skulle ta upp alkoholfrågor med patienter.

Riskbruksprojektet

År 2005-2010 genomförde FHI riskbruksprojektet. Syftet var att lyfta frågor som har med alkohol att göra. Framförallt ville de göra det mer naturligt för sjukvårdspersonal att prata med sina patienter om konsumtion av alkohol (Folkhälsoinstitutet, 2010). Anledningen var att korta interventioner har visat sig fungera bra som en alkoholpolitisk insats. Målsättningarna som ställdes för projektet var att aktivt lyfta alkoholfrågan med patienter i vård. Riskbruksprojektet beskriver hur vårdpersonal måste ha goda kunskaper om alkohol- och riskbruksfrågor. Dessutom ska de känna tilltro till sin egen förmåga att diskutera alkohol med patienter för att kunna påverka patienters alkoholvanor. De måste ha positiva attityder till att lyfta alkoholfrågan och samtala med patienter om deras alkoholvanor. Resultatet visade att distriktssköterskor blev bättre på att ställa frågor kring alkohol. Dock var det skillnad på hur många som frågade om alkohol och hur mycket

utbildning de fått om alkoholfrågor. Ju mer utbildning desto bättre på att fråga om alkoholvanor. Företagssköterskor var överlag bättre på att ställa frågor om alkohol. De hade även fått utbildning i att använda AUDIT och kort intervention. Andelen företagssköterskor som hade gått minst tre dagars utbildning om alkoholfrågor var 58 procent medan samma siffra för distriktssköterskor var 19 procent (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Problemformulering

Det finns lite forskning om hur distriktssköterskor använder AUDIT. Den forskning som finns visar på att vårdpersonal tycker att det är svårt att möta patienter med hög alkoholkonsumtion. Personal är rädd att skada relationen med patienten. Tidigare forskning visar att personal avstått från att använda AUDIT för att inte förstöra relationen. AUDIT har validerats i olika studier som visar på ett bra resultat vid screening för riskbruk. Om en person med hög alkoholkonsumtion minskar sin konsumtion minskar också riskerna för en rad sjukdomar. Därför finns det många vinster med att försöka möta patienten med trygghet och ett gott bemötande för att behålla en vårdande relation när AUDIT används. Denna studie har gjorts för att undersöka hur distriktssköterskor inom primärvård i Göteborg använder AUDIT.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med AUDIT inom primärvård.

Frågeställningar

De frågeställningar som har använts är hur gör distriktssköterskan för att ha en vårdande relation med patienten? Vilka för- och nackdelar ser distriktssköterskan att arbeta med AUDIT?

METOD

Syftet med studien är att beskriva hur distriktssköterskor använder AUDIT. För att göra detta har en kvalitativ ansats valts. Enligt Polit och Beck (2012) är världen komplex och tolkningen av densamma subjektiv. Målet med forskningen är därför att försöka förstå olika företeelser från informantens synvinkel. Valet föll på manifest innehållsanalys. Manifest innehållsanalys analyserar det uppenbara och synliga i

texten. Den kvalitativa metoden gör inte anspråk på att beskriva verkligheten objektivt. Verkligheten sker genom språket och känslor och kan därför inte beskrivas som objektiv. Den kvalitativa metoden vill visa på bredd och mönster i tolkningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Tolkningen av materialet bör göras medvetet om rådande kultur, livsvillkor och informanternas personliga historia (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Urval

Urvalet kommer att bestå av distriktssköterskor som jobbar i Västra Götaland. De ska ha jobbat som distriktssköterska minst ett år och de ska använt AUDIT i sin profession. Enligt Polit och Beck (2012) kan informanter väljas utifrån vad som sannolikt kan ge studien bäst material. Antalet informanter kan variera och beror på forskningsfrågans bredd. Forskningsfrågan i detta arbete är bred. Enligt Polit och Beck (2012) kräver en bred forskningsfråga fler informanter. I den fullskaliga studien kommer 15 distriktssköterskor intervjuas. Distriktssköterskorna ska komma från olika delar av Västra Götaland för att kunna fånga olika sätt att jobba med AUDIT. Befolkningen skiljer sig åt i olika kommuner och stadsdelar vilket gör det viktigt att intervjua distriktssköterskor med erfarenhet från olika patientkategorier.

Datansamling

I enlighet med syftet har semistrukturerad intervju valts som datansamlingsmetod. En kvalitativ forskningsintervju ger möjlighet för informanterna att beskriva den levda vardagsvärlden enligt Kvale och Brinkman (2009). Den semistrukturerade intervjun liknar ett vardagssamtal men utgår från ett intervjuformulär som bestämmer frågorna och vilka teman som ska beröras. Att intervjun är semistrukturerad gör det möjligt för intervjuaren att följa upp det som intervjupersonen väljer att samtala om. Det finns möjligheten att under intervjun ställa de frågor som klargör intervjupersonens ståndpunkt. Således kan respondenten berätta om sina upplevelser och intervjuaren kan välja att följa spår som respondenten tar upp. Att få förtydligande från intervjupersonen kan göra att analysen får högre kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna kommer att genomföras på distriktssköterskornas arbetsplats. Intervjuerna kommer att pågå mellan 30 och 60 minuter och spelas in med hjälp av en diktafon. Intervjuerna kommer sedan transkriberas i sin helhet av författarna för att kunna analyseras.

Dataanalys

Analysen görs med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Induktiv ansats är att utveckla överföring från det specifika i intervjuerna (Polit & Beck, 2012). Analysen kommer ske enligt Graneheim och Lundman (2004). Beroende på vad syftet är, kan kvalitativa studier användas för att generera teorier, analysera berättelser eller för att fånga fenomen. Metoden har valts då den beskriver den tillfrågades uppfattning av ett fenomen eller företeelse. Graneheim och Lundman (2004) menar att det med innehållsanalys går att analysera variationer i data men även fördjupa tolkningen av material. Enligt deras metod kan både latent och manifest innehåll analyseras. Vi har valt att söka det manifesta innehållet. Det manifesta innehållet är det som finns i texten, det uppenbara. Det latent är underliggande förståelse, eventuellt dolda budskap. Bäst anpassat för innehållsanalys är enligt Graneheim och Lundman hela intervjuer eller observationer. De ska vara stora nog att kunna kallas en hel intervju och små nog att kunna minnas under arbetet med att analysera texten.

Analysen sker genom att meningsenheter plockas ut. Det kan vara ord, meningar eller paragrafer som är relaterade till varandra genom kontext eller innehåll. Genom kondensering kortas meningsenheterna, men de ska fortfarande innehålla kärnan av betydelsen. Abstrahering är nästa moment i processen och leder till koder, kategorier eller teman. Kodning sker genom att varje meningsenhet får en kod. Koden kan användas för nya tankesätt eller reflektion kring materialet. Att skapa kategorier av koderna är viktigast i innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (2004). Kategorier beskriver innehållet och kan ses som uttryck för det manifesta innehållet. Kategorierna kan framkomma genom att subkategorier sorteras samman till en kategori eller så kan en kategori delas upp i flera olika subkategorier. Är forskningsfrågan att finna det latent innehåll i texten skapas teman istället för kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Pilotstudien

Pilotstudie görs för att förbereda undersökning och ska genomföras på samma sätt som den riktiga studien men i mindre skala. Antalet informanter som är lämpligt i en pilotstudie är två till tio som ingår i samma urval som i den fullskaliga studien (Nyberg & Tidström, 2012). Pilotstudien är till för att pröva och utvärdera

intervjufrågor. Efter intervjun kan det vara bra att prata med informanten om de uppfattade frågorna på rätt sätt (Nyberg & Tidström, 2012).

Urval

I pilotstudien intervjuades sex distriktssköterskor som alla jobbade i centrala delar i en större stad i Västra Götaland. Urvalet till pilotstudien gjordes genom att ett skriftligt dokument (bilaga 2) skickades via e-post till vårdcentralchefer. Dokumentet beskrev studiens syfte och tillvägagångsätt. Sjutton vårdenhetschefer tillfrågades om tillstånd. Fem chefer tackade nej och tolv svarade inte. Efter påringning till de som inte svarade på första förfrågan svarade fyra ja till att låta personal medverka i intervjustudien. Vårdcentralcheferna uppgav distriktssköterskor som kunde vara intresserade. Efter muntligt eller skriftligt svar från vårdcentralcheferna tog vi kontakt med distriktssköterskor som tillfrågades om medverkan i studien. Totalt tillfrågades sex distriktssköterskor efter tillstånd från vårdenhetschefen. Två valde att avstå och fyra distriktssköterskor valdes således ut som informanter i studien. Två distriktssköterskor tillkom då de fått vårt mail från vårdenhetschefen och ringde upp författarna för att delta. Samtliga fick forskningspersonsinformation (bilaga 3) före intervjun. Informanterna var alla kvinnor. De hade jobbat olika länge inom primärvården från ett halvår till 23 år. Alla var utbildade distriktssköterskor och alla hade erfarenhet av att jobba med AUDIT.

Datainsamling

De distriktssköterskor som valde att delta i studien intervjuades enskilt av författarna. Intervjuerna genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplatser. Intervjuerna spelades in med digital diktafon. Frågor ställdes utifrån intervjuguiden (bilaga 4) till distriktssköterskorna. Författarna ställde följdfrågor och fördjupande frågor där de ansåg detta vara aktuellt. Intervjuerna varade mellan 15 och 60 minuter.

Analysmetod

Intervjuerna lyssnades igenom av respektive författare. Intervjuerna transkriberades ordagrant för att kunna analyseras. Bearbetning och sammanställning av intervjumaterialet gjordes enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Det första steget bestod i att extrahera meningsenheter i analysmaterialet. Meningsenheterna infördes i en tabell för att underlätta analysförfarandet. Därefter kondenserades meningsenheterna. De kondenserade

meningsenheterna kodades för att kunna kategoriseras (tabell 1.). Detta resulterade i sju subkategorier. Materialet var för litet för att utkristallisera tydliga kategorier därför valde författarna att avstå kategorisering.

För att göra det lättare för läsaren har vi ändrat citaten till att bli mer läsvänliga. Vi har behållit meningen i vad informanterna säger. Informanterna som citeras har avidentifierats men för att särskilja dem åt har vi valt att kalla dem dsk 1-6

Tabell 1. Exempel på innehållsanalysens olika steg

Meningsenheter	Kondenserad mening	Kod	Subkategori
I början kände det lite konstigt, för jag tänkte att de tyckte att jag snokade. Men man frågar ju om rökning och allt annat så det är inte så konstigt.	Det är inte konstigt att fråga om alkohol	Naturligt	Att använda AUDIT
Många gör det, de säger kanske ”ojdå, då kanske jag tar ett glas vatten istället för det sista glaset vin”. De har ofta en bra lösning på problemet. Köpa en flaska istället för en box. Jag tycker ändå att de tänker till.	Många har lösningar på problemet.	Lösningar	När riskbruk identifierats

Etiska övervägande

Individskyddskravet styr hur forskningen påverkar individerna i samhället, det är till för att skydda människor. Individskyddskravet är genom sina fyra krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet, det som har vi tagit hänsyn till i vår studie (Vetenskapsrådet) tillsammans med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (Svensk författningssamling 2003:460). Ett examensarbete på magisternivå behöver inte något godkännande från den centrala etikprövningsnämnden men vid en fullskalig studie krävs detta, dessutom måste en risk/nyttoanalys genomföras.

Enligt informationskravet har vi skriftligen informerat chefen på respektive vårdcentral där vi önskade genomföra intervjuer och fått muntligt medgivande från dessa. Genom vårdcentralscheferna har vi kommit i kontakt med informanterna att intervjua och dessa har fått en skriftlig forskningspersonsinformation, som de samtyckt till muntligen, samt möjlighet att ställa ytterligare frågor i samband med intervjumötet. Forskningspersoninformation till informanter och vårdenhetschefer har först godkänts av universitetets kursansvariga lärare. Forskningspersonerna informerades både skriftligt och muntligt om att deras deltagande var helt frivilligt och att de kunde välja att avbryta när som helst, även om de lämnat samtycke. Detta fyllde samtyckeskravet. Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet följdes då all data bara kunde nås av studieansvariga under studiens gång samt avidentifierades vid publicering. Deltagare informerades om hur de kunde få tag på det färdiga resultatet av studien, vilket alla ville. Deltagare kunde lätt få tag på studieansvariga via mail och mobiltelefon om behov uppstod. Forskningspersonerna informerades om att det inte skulle innebära varken någon risk eller nytta specifikt för dem att delta i vår studie. I en större mening bidrog de dock till att öka kunskapen om hur distriktsköterskor använder sig av AUDIT.

RESULTAT

När vårt insamlade datamaterial hade analyserats abstraherade vi totalt sju sub-kategorier.

1. Att använda AUDIT
2. AUDIT kopplas till andra kontroller

3. Att avstå att använda AUDIT
4. När riskbruk identifierats
5. AUDIT - en hjälp att tydliggöra riskbruk
6. Ett trubbigt verktyg
7. Ekonomisk styrning

Att använda AUDIT

Distriktssköterskorna som intervjuades menade att deras kompetens var viktig när de använde AUDIT. Att kunna svara på patientens frågor var viktigt. *”Frågar de frågor så svarar man ju på det. För om en person vill veta mer och är orolig för sin hälsa o sitt intag så kanske de frågar”* (dsk 2).

En informant framhöll att hon kunde vänta med att ta upp alkoholfrågor för att patienten skulle få ett förtroende först. Då kunde de träffas igen för att ta upp frågor om alkohol när patienten kände sig redo. *”Samtidigt så kanske det inte går första gången, utan man måste inge något förtroende och återkomma till varandra, man träffas igen och man tänker på det. Man behöver inte ta allt på en gång”* (dsk 5).

En annan distriktssköterska menade att det var viktigt att kunna svara på frågor för att patienten skulle se att hon visste vad hon höll på med. Det var också viktigt att kunna förklara alkoholens faror och hur det hänger ihop med exempelvis blodtrycksmedicinen eller hälsa tyckte informanterna *”Jag brukar säga det att det är ditt val. Om du vill fortsätta med det här så får du göra det. Men blodtrycksmedicinen kommer inte att hjälpa och du blir inte av med det här och det här och det här heller, men det är upp till dig om du vill klara av det.”* (dsk 6). En annan informant menade att förtroende kan skapas genom att distriktssköterskan kan svara på patientens frågor *”Att man lyssnar som sjuksköterska. Att patienten kan öppna sig, att man har ett bra förtroende för varandra. Ja, att man kan svara på frågor, att man vet vad man håller på med”* (dsk 2).

En av de andra distriktssköterskorna hade liknande tankar och uttryckte att lyssna på patienten är viktigt för att kunna förklara vad riskfaktorer kan innebära. Hon framhöll att patienterna inte alltid kände till riskfaktorer. *”Det är ju viktigt att lyssna på vad patienterna säger och många, en del kan ju inte vad gränsvärdarna är och att förklara vad gränsvärdarna är och vad riskfaktorer kan innebära och ja lite så”*(dsk 3). En informant menar att det var svårt till en början att skapa en bra relation till

patienten. Hon kände det som att hon snokade. När hon hade använt AUDIT ett tag och fick rutin, kände hon det inte längre på samma sätt. Det blev lika självklart att fråga om alkoholkonsumtion som med rökning *"I början kände det lite konstigt för jag tänkte att de tyckte att jag snokade men jag menar man frågar ju om rökning och allt annat så det är inte så konstigt"* (dsk 3).

Flera av informanterna tyckte inte att de har stött på några problem när de har använt AUDIT. Alla distriktssköterskor förutom en säger att de aldrig har avstått att använda AUDIT eller haft någon patient som vägrat göra AUDIT. En informant trodde att detta var för att det har blivit mer accepterat att prata om alkohol i dagens samhälle. *"Jag tror att det är mer accepterat att dricka. Det är mer tillgängligt med alkohol. Man pratar mer om det kanske"* (dsk 2). En informant tyckte att många som hon mötte snarare uppskattade när distriktssköterskan frågade om alkoholkonsumtionen. Det var något som många patienter upplevde positivt. *"Det var bra att någon fråga säger de. För många törs inte det. Det har snarare varit tvärt om att någon frågar tycker de är bra."*(dsk 3). En informant menade att patienter kunde uppleva frågandet om alkoholkonsumtion som något positivt då de visade sig att de hade en normal konsumtion. De förstod att de inte var i riskzonen för att ha en farlig konsumtion

En annan informant tyckte inte att det var svårt att fråga om alkohol. Hon uttryckte att det inte är något som hon själv tycker var jobbigt att fråga om. Det var snarare patienten som kunde tycka att det var jobbigt att svara på frågor om alkoholkonsumtion *"Om folk dricker för mycket, det är ingenting som är jobbigt för mig men det kanske är jobbigt för patienten att svara på vissa frågor"* (dsk 3).

En informant nämnde att hon hade strategier när hon använde AUDIT för att patienten skulle känna sig trygg. Hon menade att normalisera frågandet kunde göra att patienterna inte kände sig utpekade och att frågan kunde tas upp på ett odramatiskt sätt. För att göra detta använde hon en laminerad (inplastad) variant av AUDIT för att patienten skulle se att alla får svara på frågor om alkoholkonsumtion. *"Och då kommer man liksom osökt in på det här med alkohol på ett odramatiskt sätt, att AUDIT är inplastad, den gäller alla, det är liksom ingen utvald person som får frågorna"* (dsk 2). När en distriktssköterska skulle använda AUDIT nämnde hon att det var på ordination från läkaren för då accepterade patienterna det. *"Nej, jag*

brukar säga att det här är någonting som doktorn vill ha, då köper patienterna det, precis som allt annat. Det är ett fåtal som säger att jag vill inte göra AUDIT” (dsk 6).

Informanterna fick frågan om de hade läst AUDIT-manualen och i förekommande fall varför inte. Det framkom att endast en person av sex hade läst AUDIT-manualen. De andra hade inte läst manualen, men några hade inte heller hört talas om den. Några av informanterna trodde att vi menade baksidan av AUDIT-formuläret där det finns en beskrivning om hur resultatet ska tolkas *”Nej, jag har nog inte bekantat mig med det” (dsk 2).* En annan orsak till att informanten inte hade läst manualen var att de inte hade haft tid och att det inte hade prioriterats *”Ja, det är klart man skulle kunna läsa hela manualen men du vet, man ska ju ha tid, det är ju en prioritering” (dsk 4).* Användandet av AUDIT är inte heller något som informanterna diskuterar med varandra. Några säger att de inte har ett gemensamt sätt att jobba och några säger att de inte diskuterar frågan eller pratar med varandra om AUDIT.

AUDIT kopplas till andra kontroller

Distriktssköterskorna fick beskriva när de använder AUDIT och då framkom det en rad tillfällen, beroende på vilket område distriktssköterskan arbetade inom. Blodtryckskontroller, hälsokontroller och när det var kampanjer var de områden som informanterna nämnde. *”Vi brukar göra en kampanj här. En kampanj på mottagningen varje höst där vi delar ut till alla för att ingen ska känna sig utpekad, detta sker under en månad att vi delar ut AUDIT-formulär” (dsk 1).* Informanterna menade att det kändes naturligt att fråga om alkohol när de har kontroller eller samtal med patienten. De menade att kopplingen mellan alkohol och blodtryck eller viktminskning är viktig att ta upp med patienten *”Och sen är det mycket blodtryck som vi tar. Vi har mycket blodtryckspatienter, och då är det ju en del överviktiga och då pratar vi om kost och dryck. Då frågar jag ju om kost och alkohol” (DSK 6).*

En orsak som informanterna nämnde till varför AUDIT används är *”seniorhälsan”.* Seniorhälsan vänder sig till alla över 65 år i VGR. Meningen är att seniorhälsan ska fånga upp äldre innan de blir sjuka. I frågeformuläret ingår en fråga om alkoholkonsumtion. *”Jag jobbar ju med seniorhälsan och märker vi att de har svarat ja på fråga om alkohol då får de fylla i AUDIT” (dsk 1).* En informant hade erfarenhet av en kampanj då personal i kassan skulle dela ut till samtliga patienter.

”Helt plötsligt kom det att vi skulle ha AUDIT. Då måste man göra ett visst antal AUDIT per månad, och jag kommer inte ihåg hur många det var. Då sa vi ok, då får väl alla patienterna göra det och så satte man en blankett i kassan så att till varje patient som passerade kassan så skulle sekreteraren dela ut en blankett. Och då fick vi fram att det var några som fick AUDIT och några fick inte, så frågade vi varför får inte alla? Och då fick vi till svar att det var pinsamt att dela ut AUDIT” (dsk 5).

Att avstå att använda AUDIT

Informanterna fick tala om när de inte använde AUDIT. Två distriktssköterskor menade att de inte brukade göra AUDIT vid såromläggning *”När de kommer med ett sår så kastar jag inte fram AUDIT” (dsk 2).* En annan distriktssköterska framhöll att hon inte gjorde AUDIT på någon med minnesstörningar, och en tredje beskrev hur hon undvek att genomföra AUDIT om patienten var agiterad *”Om patienten är agiterad eller så, irriterad, taggig. Det är liksom ingen idé, det är ingen idé då. (dsk 6).*

När riskbruk identifierats

En distriktssköterska hade aldrig mött på alkoholriskbruk utifrån AUDIT:s kriterier. Hon menade att hon aldrig hade haft en patient som fått höga poäng och behövt gå vidare med intervention. Två sköterskor beskrev hur de dokumenterade i patientjournalen att AUDIT hade genomförts för att kollegor skulle kunna se att det var gjort och hur många poäng patienten hade fått. Flera av informanterna beskrev hur de träffade patienten igen i samband med att prover eller livsstilsförändringar skulle följas upp och då passade de på att följa upp frågor om alkoholkonsumtion

”Man återkommer, man träffar dem igen. Många gånger kanske det handlar om ett högt blodtryck eller blodfetter som också måste kollas om. Då blir det i en naturlig följd att man återkommer till de här frågorna igen. Hur har det gått den sista tiden? Och har du gjort några förändringar?” (dsk 6)

En av informanterna tyckte att patienterna många gånger hade egna idéer om hur de kunde minska sin alkoholkonsumtion om AUDIT visade på en riskabel konsumtion *”Ja det tycker jag många gör de säger kanske ojdå då kanske jag tar ett glas vatten istället för det sista glaset vin. De har ofta en bra lösning på problemet. Köpa en flaska istället för en box. Jag tycker ändå att de tänker till” (dsk 3).* En

distriktssköterska menade att det fanns några patienter som var helt ointresserade av att få hjälp med att minska sin alkoholkonsumtion. För dessa patienter var alkoholkonsumtionen inget problem. *"Ibland är det ju riskbruk men patienten vill absolut inte göra något åt det"* (dsk 3). Flera informanter tog upp att de kan så ett frö i en patient, att även om de inte nådde ända fram eller fick respons den gången så hade de väckt en tanke hos patienten. Det kan ta tid för någon att acceptera att de har problem. De kanske även måste få det bekräftat från något annat håll för att vilja ta tag i det. Och om patienten vill ha hjälp så vet han eller hon att distriktssköterskan finns. *"Det kan ju sätta något frö i någon person så som känner sig, att det kanske gäller dem då"* (dsk 5). En distriktssköterska uttryckte att det öppnar en liten möjlighet att återkomma till ämnet i ett senare skede. *"Man kan inte kanske hjälpa alla just då, men man sår ett frö kanske, man får ju tänka så också tror jag. Vi kanske ses om ett år igen. Eller kanske patienten vill ta upp det med sin läkare och vill inte ta upp det med mig"* (dsk 6). I en annan intervju pratade en respondent om att så ett frö redan i den direkta uppföljningen, i samtalet med patienten. *"Det gäller alla livsstilsförändringar att man försöker få orden från patientens mun. Vad tror du att du själv kan göra? Om de vill göra en förändring, så ett frö"* (dsk 3). En respondent framhöll att hon ibland måste ge upp tanken på att försöka förmå patienten att sluta konsumera alkohol. De ville helt enkelt inte ta itu med sitt problem. *"Ibland får man ju ge upp, alltså, man kan inte rå på allting. Man kanske återkommer, man kanske träffas senare Det finns ju inte bara 100 % lyckade fall"* (dsk 6).

Flera av distriktssköterskorna beskrev hur de gick till läkaren eller patientens patientansvariga läkare när en patient fick höga poäng på AUDIT. En del beskrev vidare hur patienten får behandling. *"Jag remittera dem inte till läkaren, jag diskuterar med läkaren så skriver han remiss för vidare behandling"* (dsk 6).

Flera av distriktssköterskorna verkade ha uppfattningen att behandlingen skedde utanför vårdcentralen. *"Är det stora problem så kanske det blir så att de ändå får gå till läkarna som skickar dem till sådan där alkoholtagning"* (dsk 6). En av distriktssköterskorna beskrev hur hon följde upp ett bekräftat riskbruk med att hänvisa dem vidare till en kurator på vårdcentralen *"Märker vi då att det är något som överskrider den här poängen då så har vi haft en kurator som tog hand om patienterna"* (dsk 1).

AUDIT - en hjälp att tydliggöra riskbruk

Distriktsköterskorna berättade om vad de tyckte var bra med att använda sig av AUDIT som instrument att upptäcka alkoholriskbruk, till exempel beskrev de på olika sätt att patienterna får se resultatet på papper. *”Det är att de själv får upp ögonen. Är det verkligen så här illa” (DSK 3).*

En informant beskrev hur hon kunde belysa patientens konsumtion genom att använda AUDIT. *”Är det så att när du intar tobak, blir det mer alkohol då. Att man pratar om den biten också. Så att man medvetandegör lite grand” (dsk 6).*

En av distriktsköterskorna menade att testet blev tydligt för patienterna när alkoholkonsumtionen räknades om till standardglas *”Ja det är ju bra på det här sättet att man ser om man dricker för mycket i och med att man räknar om lättöl, mellanöl och så till standardglas alkohol. Och det får ju faktiskt många att tänka till” (dsk 2).*

Alla informanterna var överlag positiva till att jobba med AUDIT för att det är ett bra instrument att använda vid riskfylld alkoholkonsumtion. De tycker även att AUDIT är tydligt då det lätt går att säga om det är riskbruk när poängen överstiger gränsen för vad som räknas till riskbruk.

Ett trubbigt verktyg

Alla sköterskorna utom en framförde även kritik mot AUDIT. En informant menade att AUDIT kan vara lite trubbigt då hela används. Om de inte har riskfylld konsumtion är de sju sista frågorna onödiga *”Jag tycker att det är lite trubbigt ibland. Det ena är att svarsalternativen är; aldrig, en gång i månaden, eller mer sällan. Jag skulle vilja ha färre eller fler steg i skalan. För en del kan ligga lite mittemellan. Glasantalet 0-2, 3-4, 5-6 alltså här är ganska många glas också. Men det kanske är uträknat på något sätt att det här är bra frågor men just är det väl lite grand som en del tvekar när de ska svara. Här är: har du svårt att få bort tankar. Då tror jag att jag inte har haft någon som svarat alltså alla har svarat aldrig. Och det är på de här frågorna som det stupar på” (dsk 2).*

En informant beskrev även att det kunde ge olika poäng på AUDIT beroende på när man utförde testet

”Sen är det ju lite när man gör AUDIT. För nu efter sommaren så har det varit några stycken som har varit på sommaresemester och druckit gott vin och då kan man komma upp i väldigt många poäng. Då pratar vi kanske två veckor och då säger ju patienterna och det är ju bara de här veckorna. Resten av året kanske jag dricker två glas, fyra glas totalt och då bara på fredag kväll och lördag kväll. Då måste jag erkänna att jag fuskar lite, då säger jag ok då hoppar vi över de två veckorna. Då får du ta ett normalår” (dsk 3).

Flera av sköterskorna upplevde hela AUDIT för långt och för utförligt, de använde istället AUDIT - c. De frågade sig också om alla frågor verkligen var nödvändiga. *”Är det något som inte är bra där går man vidare med det stora. Det kändes också lite grand så där när man kommer med alla frågorna. Då kändes det lite mycket” (dsk 2).*

Ekonomisk styrning

Informanterna redogjorde för varför AUDIT användes och då nämndes ekonomi som den viktigaste orsaken. Att Västra Götalandsregionen ger ersättning vid användning av AUDIT gör att vårdcentralen har som krav att distriktssköterskorna ska använda AUDIT. *”AUDIT ger ju pengar. Det är ju en bra morot, samtidigt som vi också måste uppnå en viss del, 2 procent måste vi absolut ha AUDIT på i våran patientstab” (dsk 6)* Informanterna sade att diagnoskoder är viktiga och att använda AUDIT ger en diagnoskod. Vilket i sin tur leder till ersättning. *”Vi fyller i diagnoskoder i och med att det är väldigt viktigt med diagnoskoderna för ersättningen” (dsk 3)* En informant redogjorde för att vårdcentralchefen på ett personalmöte hade sagt till att AUDIT ska användas *”Nu har de satt ner foten att nu gäller det alltså. Nu måste vi ha in det här”(dsk 3).*

DISKUSSION

Metoddiskussion

Urvalet gjordes genom att vårdcentralcheferna godkände att intervjuer skulle genomföras. Informanterna ringde själva upp oss eller så fick vi mailadresser till föreslagna informanter. Detta kan ha styrt vårt resultat så till vida att vårdcentralcheferna rekommenderade informanter som var väl förtrogna med och hade en positiv syn på AUDIT. Ett flertal av informanterna jobbade mycket med

hälsosamtal och livsstilsförändringar och detta sätt att arbeta med AUDIT är inget vi har mött på vår verksamhetsförlagda utbildning då båda har varit på mottagning där de inte haft hälsosamtal och livsstilssamtal. Det motstånd som vi sett på verksamhetsförlagd utbildning finns endast beskrivet i en intervju och där en distriktssköterska nämner att det tidigare funnits ett motstånd på arbetsplatsen. Vidare var det svårt att finna informanter. Vi fick negativa svar från alla som svarade på förfrågan i första omgången. Det var först efter påringning som vi fick tag på vårdcentralchefer som var villiga att låta sina distriktssköterskor delta. En av informanterna hade jobbat på vårdcentral i ca sex månader. Hon hade dock lång erfarenhet inom hemsjukvården. I den fullskaliga studien ska endast informanter som har jobbat på vårdcentral minst ett år användas.

En vårdcentralchef tackade nej på grund av att det var stor muslimsk population som enligt chefen inte konsumerade alkohol. Vi är övertygade om att sådana informanter hade kunnat bidra till vårt urval. Problem med för hög alkoholkonsumtion finns även i dessa grupper. Risken finns att de missar patienter med för hög alkoholkonsumtion (Michalak & Trocki, 2006; Rosell, 2004)

Datansamlingen skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Det krävs erfarenhet för att kunna genomföra bra semistrukturerade intervjuer. Det var svårt att göra intervjuerna eftersom det var första gången som vi gjorde forskningsintervjuer. Viktiga följdfrågor kan ha missats då koncentrationen var riktad på flera olika moment. Diktafonen, intervjupersonen, intervjufrågorna, tid och följdfrågor tog samtidigt plats i våra tankar och gjorde att intervjukvaliteten blev lidande. Vid genomlysning uppmärksammade vi att det fanns intressanta frågor som vi inte följde upp under intervjun. Det hade kunnat vara till fördel för examensarbetet om båda intervjuade samtidigt. Båda hade då kunnat följa upp vad intervjupersonen sade.

Fokusgrupper eller observationer hade kunnat vara alternativa datainsamlingsmetoder. Vid fokusgrupp får informanterna möjlighet att diskutera hur AUDIT används och hur informanterna diskuterar frågor kring AUDIT med varandra. Informanterna berättar inte bara om sin erfarenhet utan den diskuteras också bland deltagarna vilket kan bidra till nya tolkningar. Dock kan detta också innebära en begränsning då informanterna kan censurera sina åsikter för att inte avvika från gruppnormen. Det kan vara logistiskt svårt att genomföra fokusgrupper

och med tidsramen som var satt för detta examensarbete föll metoden bort (Wibeck, 2010). Meningen med observationer kan vara att försöka förstå hur beteende och erfarenhet påverkar situationen. Observation kan komplettera en intervjustudie. Genom att observera vad personer gör och om det stämmer överens med det vad de sagt under intervjun. Observationsstudie kan dock inte ge en djupare förståelse av ett fenomen i sig, därför valdes metoden bort (Arvastson & Ehn, 2009; Polit & Beck, 2012).

Kvale och Brinkman (2009) menar att analysen kan bli lidande av bristfällig kvalitet på intervjuerna och det är något vi i den fullskaliga studien måste ha i beaktande. Den erfarenhet som vi fått under arbetet med detta examensarbete är värdefull för fortsatta intervjustudier. Vidare menar Kvale och Brinkman (2009) att det kan vara svårt att ställa öppna frågor. Det var något vi fick erfara under de första intervjuerna. Vi använde frågor som hade ja- eller nej-svar. Detta gjorde att vi ändrade i intervjuguiden för att ge informanterna möjlighet att själva ge beskrivningar i svaret. När vi ställde frågor om en vårdande relation hade några av informanterna svårigheter att veta vad vi menade.

Vi använde inte själva ordet kort intervention när vi frågade informanterna om uppföljning. När informanterna berättar om uppföljning kan det vara kort intervention som de beskriver fast med andra ord. En intervju gjordes med en av författarnas handledare från den verksamhetsförlagda utbildningen. Detta påverkade kvaliteten på intervjun genom att författaren hade kunskap om arbetsplatsen och hur AUDIT användes. Därför behövde inte informanten uttrycka längre svar då det fanns en gemensam förförståelse. Vi valde att behålla intervjun i dataanalysen då den tillför resultatet delar som inte kommit med annars.

Enligt Graneheim och Lundman (2005) är rätt metod viktigt för tillförlitligheten i resultatet. Innehållsanalys kan användas för att beskriva uppfattning av ett fenomen eller företeelse. Dataanalysen var en kreativ process och som gjorde arbetet med detta examensarbete roligare. Att finna likheter och skillnader mellan koder bidrog till mycket diskussion och ett nytt sätt att se på datamaterialet. När vi hade olika uppfattningar om vad koden skulle vara eller hur den kondenserade meningen skulle vara så gick vi tillbaka i analysen för att tillsammans försöka finna den bästa meningen.

Vi har försökt beskriva tillvägagångssätt vid urval, datainsamling och dataanalys så tydligt som möjligt för att examensarbetets giltighet ska kunna bedömas.

Resultatdiskussion

I mötet med patienten

När det gäller etablerandet av en patient-distriktssköterska- relation visade intervjuerna att distriktssköterskorna överlag ansträngde sig för att skapa förtroende i relationen, de pratade exempelvis om att inte gå på för hårt, att känna av, läsa av och att avvakta. Dessutom förklarade de flesta informanterna att de måste känna sig säkra i sina roller och kunna svara på patienternas frågor. Ingen av informanterna nämnde sitt egna kroppsspråk eller hur frågorna ställdes för att ge ett så bra bemötande som möjligt. Enligt Fossum (2013) är bemötande mer än bara verbal kommunikation. Det kan vara så att informanterna tycker att de ger ett gott bemötande genom att de frågar om alkohol tillsammans med exempelvis livsstilsfrågor.

Under den verksamhetsförlagda utbildningen på vårdcentral har det varit tydligt hur många patienter det finns som har liten kunskap om hur kroppen fungerar. Många patienter saknar helt basal kunskap. Distriktssköterskan kan inte ta för givet att patienter förstår alla samband som finns mellan alkohol och skador på kropp och psyke, hon behöver kunskap och förmågan att förmedla den (Tran et al., 2009). Det är lättare för distriktssköterskan att fråga om alkoholkonsumtion om hon eller han känner sig kompetent och påläst om ämnet, och det är något bekräftas av en studie (M. Johnson et al., 2011).

Distriktssköterskorna i studien menade att det var svåra frågor att ställa, att det var genant att fråga och att de fick tänka sig för hur de frågade, samtidigt som de flesta av distriktssköterskorna också berättade om hur viktigt det var att fråga, att någon vågar fråga om patientens alkoholkonsumtion. Flera av informanterna betonade att de inte ville att patienten skulle känna sig utpekad, så även om de hade valt ut att just denna patient skulle tillfrågas om alkoholkonsumtion så hade de olika strategier för att få patienten att känna sig som en i mängden, t.ex. genom att ha en laminerad kopia av AUDIT- C. Samtidigt visar en studie att patienter överlag inte kände sig utpekade när de tillfrågades om alkohol, de såg det bara som något positivt (Nilsen et al., 2012). Det kan betyda att det är distriktssköterskorna själva som tycker att det är utpekande att samtala om alkohol.

I majoriteten av intervjuerna framkommer det som något viktigt att vårdandets grundmotiv tydliggörs så att patienten förstår att distriktssköterskan vill dem väl (Dahlberg & Segesten, 2010). En informant uttryckte dock att det inte var problem för henne att fråga, det var kanske besvärligt för patienten men inte för henne. Det verkar som att arbetserfarenheten gav en vana att ställa dessa frågor så att de till slut blev som att fråga om vad som helst.

Patienten ska mötas med ärlighet och respekt för att kunna känna trygghet i relationen (Stål, 2008). Fossum (2013) beskriver hur distriktssköterskan bör bete sig i mötet med patienten för att skapa ett gott bemötande. I de flesta av intervjuerna framkom det att informanterna gjorde detta. Alla hade lång arbetserfarenhet och flera beskrev i enlighet med omvårdnadslitteratur (Sargent, 2012) hur de tyckte att en relation med en patient ska se ut: inge förtroende, känna av och lyssna exempelvis. Samtidigt så var det åtminstone två av informanterna som tog till ”vita lögnen” för att patienten inte skulle känna sig utpekad och för att undvika att patienten ifrågasatte AUDIT. Dahlberg och Segesten (2010) menar att patienten ska ha medbestämmande i sin vård, det är även ett krav i hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvård ska bedrivas i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande (HSL 1982:763). Distriktssköterskorna tog hänsyn till att all hälsofrämjande vård är frivillig och att patienten kan undvika ämnet eller sluta komma till mottagningen. Patienterna påtvingas inget men samtidigt betonade en informant att hon inte ”kan tassa i ullstrumpor”, hon måste våga ta upp ämnet. Ottosson (2009) beskriver hur sjuksköterskan kan se patientens autonomi som ett informerat samtycke. Birkler (2007) beskriver autonomi som en hälsoresurs, en möjlighet att påverka sin egen situation. I vår studie beskrev informanterna hur viktigt det var att ha kunskap, kunna informera patienten och svara på frågor om ämnet. Enligt Ottosson (2009) möjliggör de därmed patientens autonomi.

Allgood och Marriner-Tomey (2010) och George (2011) beskriver Travelbees teori som att omvårdnad blir till i relationen som skapas mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan måste ha en vetenskaplig grund att luta sig mot, det beskrev två av informanterna. De berättade i intervjun hur viktigt det var att sjuksköterskan hade kunskap om ämnet och kunde svara på frågor. När den grunden är lagd använder sig sjuksköterskan själv som ett terapeutiskt instrument. Betydelsen av att vara medveten om det egna beteendet och att kunna tolka patientens beteende framhävs

av George (2011). I studien berättade sjuksköterskor om olika strategier de använde sig av för att skapa och/eller bevara en god relation med patienten. De tog bland annat upp exempel som att avvakta, läsa av kroppsspråk, återkomma senare, känna av och sedan ledsaga patienten till att själv komma med förslag hur de skulle kunna förändra sin alkoholkonsumtion.

Att använda AUDIT

Den text som står på baksidan av AUDIT beskriver bara tolkningen av resultatet och är inte en AUDIT-manual, ändå har majoriteten av informanterna trott att detta är en AUDIT-manual. Distriktssköterskorna använder AUDIT på ett sätt som i princip följer AUDIT-manualen, trots att några av dem inte läst AUDIT-manualen. Vid manualbaserad vård har kritik framförts att det finns en risk för att patienten faller utanför mallen och inte får optimal vård (Hetlevik, 2004). Då är det viktigt att ha kunskap om instrumentet för att förhindra att detta sker. Kritik kan också ges mot AUDIT att olika personer har olika känslighet för alkohol, även måttliga mängder alkohol kan ibland ge hälsoproblem för särskilt känsliga personer (Hunskår et al., 2007). AUDIT tar bara hänsyn till om testpersonen är man eller kvinna. Däremot har tidigare forskning visat att AUDIT inte används mera frekvent även om distriktssjuksköterskorna får tydligare riktlinjer angående användning av AUDIT (Tran et al., 2009).

Distriktssköterskorna vi intervjuade hade börjat använda AUDIT- C och om det gav utslag fortsatte de med hela AUDIT. Detta är ett bra initiativ som gör att AUDIT kan användas mer naturligt i ett samtal. AUDIT- C har visat sig ha hög validitet när det används för att hitta ett riskbruk (Bradley et al., 2007; J. A. Johnson, Lee, Vinson, & Seale, 2013)

I en intervju beskrev distriktssköterskan vikten av att följa patienten över tid och ta det försiktigt i början. Det stämmer väl överens med hur Travelbee enligt Alligods (2010) faser för en god relation - att sjuksköterskan kategoriserar patienten initialt i ett visst fack, därefter börjar hon se vem patienten är och försöker förstå hur patienten fungerar. Vidare registrerar hon vad som får patienten att handla på ett visst sätt för att slutligen försöka att konkret komma med förslag på att minska patientens alkoholoriskbruk och lidande, samt ha en bra kommunikation kring alkoholbruket (Alligood & Marriner-Tomey, 2010; George, 2011).

En av våra informanter kunde säga till patienter att AUDIT skulle genomföras och att det var något doktorn hade bestämt, punkt. Detta accepterade hennes patienter. Detta skulle kunna ha att göra med en generationsfråga; den äldre generationen accepterade ett sådant svar, eftersom de vanligtvis har en stor respekt för myndighetspersoner. Yngre patienter har ett mera kritiskt synsätt på sjukvården och de accepterat inte allt bara för att en läkare säger det (Ramhøj, 1991).

I en intervju pratade distriktssköterskan om att få patienten att se lösningar i sitt liv, vilka förändringar som kan leda till sänkt alkoholkonsumtion, exempelvis att patienten köper vin på flaska istället för i box. En del informanter använde sig av motiverande samtal (MI) vid samtal och de strävade då efter att få patienten att tänka själv, och att själv komma på lösningar. I en annan intervju beskrev distriktssköterskan en situation med en patient som inte ville ändra sitt alkoholkonsumtionsmönster, trots att han hade fått höga poäng på AUDIT. Då informerade hon patienten om vilka risker detta kom att innebära och därefter släppte hon ämnet. Hon ville inte tvinga patienten till en förändring. Patientens autonomi får inte kränkas även om distriktssköterskan tycker att patienten handlar felaktigt.

Vi förväntade oss att fler distriktssköterskor skulle redogöra för uppföljningen av patienter som fått utslag på AUDIT, men det var bara två informanter som gjorde detta, de övriga hänvisade till läkaren eller andra aktörer utanför vårdcentralen, t.ex. nämndes en specialistmottagning för alkoholrelaterade besvär som exempel. Ingen av distriktssköterskorna i vår studie pratade om korta interventioner.

Riskbruksprojektet har haft som mål att utveckla kompetensen hos vårdpersonal att ge råd om ohälsosamma alkoholvanor (Folkhälsoinstitutet, 2010). Kort intervention är ett begrepp som använts i många studier sedan WHO introducerade AUDIT (Babor et al., 2006; Deehan et al., 1998).

Riskbruksprojektet tycks inte ha haft någon betydelse för informanterna i vår studie. Det läggs allt mer ansvar på primärvården, bland annat ska primärvården behandla alkoholoriskbruk. Kok-boken säger att primärvårdens ansvar är att uppmärksamma och erbjuda behandling till personer med riskbruk eller mindre omfattande missbruk av alkohol. Även här pratar man om betydelsen av avgränsade korttidsintervention (Västra Götalandsregionen, 2013)

Många av informanterna var övervägande positiva till AUDIT, flera använde bara konsumtionsfrågorna, AUDIT- C, i första hand. Andra använde hela AUDIT. Flera av distriktssköterskorna i studien tog upp att det var viktigt att fråga om alkohol, att för en patient med hög alkoholkonsumtion eller riskfullt konsumtionsmönster är det viktigt att någon uppmärksammar detta. Det är viktigt att fråga så att patienten förstår att det har betydelse för hälsan eller så att patienten förstår att någon ser och är intresserad (Nilsen et al., 2012).

Informanterna nämnde såromläggning som ett bra exempel på när de sannolikt inte använde sig av AUDIT. Tankegången när det gäller exempelvis venösa bensår är förståelig, men varför är det inte relevant med alkoholkonsumtion på en patient som uppvisar traumatiska sår, många småsår och hematom En patient med hög alkoholkonsumtion kan ramla och slå sig ofta (Ottosson, 2009).

I en fullskalig studie kan det tänkas att variationen på informanter avspeglas i resultatet. Det skulle kunna vara så att vi kommer att se mönster i hur vårdcentraler använder sig av AUDIT och eventuellt se fler informanter som jobbar aktivt med kort intervention som behandling av riskbruk.

Fördelar och nackdelar med AUDIT

Det som informanterna sa var bra med AUDIT var att resultatet ska vara oberoende av den som frågar, det ska inte ha någon betydelse vad den som frågar har för egna värderingar och inställning till alkoholkonsumtion, eller hur deras egen konsumtion ser ut. Det finns ett talesätt som säger att patienten bedöms ha en skadlig alkoholkonsumtion först när han dricker mer än vad läkaren själv gör (Hunskår et al., 2007). Att standardglas används som mått på konsumtionen tydliggör konsumtionen.

Kritik som framfördes mot AUDIT var att våra informanter upplevde att det var ett trubbigt instrument. En del menade att patienter hade svårt med självskattning, andra att det var svårt för patienter att välja mellan färdiga alternativ i formuläret. Ingen nämnde de problem som studier tidigare visat (Lock & Kaner, 2004) t.ex. att distriktssköterskor kunde ha svårt att förklara standardglas. Två av distriktssköterskorna uttryckte tydligt att de litade på patienterna och upplevde att patienterna svarade så sanningsenligt som de kunde på konsumtionsfrågorna. Ingen i vår studie uttryckte att hon någon gång misstänkt att patienter felskattade. Samtidigt

så säger studier att patienter i regel skattar för lågt vid självskattning (Bhandari & Wagner, 2006; Glass & Bucholz, 2011).

Resultatet visade också att bara en av sex distriktssköterskor pratade med sina kollegor om hur de använde sig av AUDIT. Från intervjuerna framkom att AUDIT sannolikt används olika inom personalgruppen, men ingen av informanterna kunde svara säkert eftersom distriktssköterskorna sällan pratade med varandra om hur de använde sig av AUDIT. På de olika vårdcentralerna där våra informanter arbetade fanns olika riktlinjer när AUDIT skulle användas. Vissa hade kampanj-screening och andra hade i samband med distriktssköterskestyrda hälsosamtal, t.ex. seniorhälsan. AUDIT-manualen rekommenderar inte att man använder AUDIT urskillningslöst utan med en viss eftertanke vilken patient man har framför sig (Wennberg et al., 2006). Socialstyrelsens riktlinjer säger att AUDIT alltid ska genomföras i samband med nybesök, vid hälsokontroller och vid vissa sjukdomar där alkohol är en riskfaktor (Socialstyrelsen, 2007). Ingen av informanterna beskriver att de använder AUDIT systematiskt vid nybesök.

I resultatet påvisas att distriktssköterskorna i studien har krav från ledningen att använda AUDIT. AUDIT genererar ekonomisk vinning för vårdcentralen och det är en av anledningarna till att AUDIT används. VGR har tydliggjort användandet av AUDIT som viktigt när de ger ekonomisk ersättning för att hitta patienter med riskfullt alkoholbruk (Västra Götalandsregionen, 2013).

Fördelning av arbetet

Denna pilotstudie har genomförts i ett nära samarbete. Vi har gjort litteratursökningen enskilt och valt ut lämpliga artiklar som båda sedan har tagit del av. Delar av introduktionen har vi skrivit självständigt men sedan redigerat gemensamt. Intervjuerna har vi gjort enskilt och vi har transkriberat våra egna intervjuer men sedan har båda läst alla sex intervjuer. Vi har genomfört arbetet större delen sida vid sida vid varsin dator och hela tiden haft en öppen dialog om innehållet.

SLUTSATS

För att behålla den vårdande relationen använder sig distriktssköterskan av AUDIT i samband med andra kontroller. De tycker att det känns naturligt att fråga om alkoholkonsumtion när de frågar om alkohol vid exempelvis blodtryckskontroll eller

livsstilssamtal. Det kan dock finnas olika strategier för att använda AUDIT för att patienter inte skulle känna sig utpekade. AUDIT används inte när distriktssköterskorna lägger om sår eller om patienterna är agiterade eller har minnesstörningar.

Fördelarna med att använda AUDIT är att det tydliggör vad riskbruk är och att patienten kan se om han eller hon har en för hög konsumtion av alkohol. Nackdelar är att AUDIT är trubbigt och för långt

AUDIT-manualen måste bli känd bland de som använder AUDIT i sitt arbete. För att kunna använda AUDIT på bästa sätt bör manualen läsas.

REFERENSER

- Alkoholfakta. Retrieved 2/9, 2013, from <http://www.can.se/Drogfakta/Alkohol>
- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. Maryland Heights, Mo: Mosby.
- Arvastson, G., & Ehn, B. (2009). *Etnografiska observationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Dauser, D., Burleson, J. A., Zarkin, G. A., & Bray, J. (2006). Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol*, 41(6), 624-631. doi: 10.1093/alcalc/agl078
- Bhandari, A., & Wagner, T. (2006). Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev*, 63(2), 217-235. doi: 10.1177/1077558705285298
- Birkler, J., & Björkander Mannheimer, E. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(7), 1208-1217. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
- Caldwell, C. L., Wasson, D., Brighton, V., Dixon, L., & Anderson, M. A. (2003). Personal autonomy: development of a nursing outcomes classification label. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 167-172.
- Daepfen, J. B., Yersin, B., Landry, U., Pecoud, A., & Decrey, H. (2000). Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(5), 659-665.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Dahlström, U., Kechagias, S., & Stenke, L. (2011). *Internmedicin*. Stockholm: Liber.
- Deehan, A., Templeton, L., Taylor, C., Drummond, C., & Strang, J. (1998). Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. *J Adv Nurs*, 28(3), 592-597.
- Dinç, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501-516. doi: 10.1177/0969733012468463
- Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning för leg sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*.

- Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M., & Alm, C. (2010). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health problems: results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime study. *J Subst Abuse Treat*, 39(4), 364-377. doi: 10.1016/j.jsat.2010.07.007
- Folkhälsoinstitutet. (2006). *Alkohol förebyggande insatser i primärvården*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Folkhälsoinstitutet. (2010). *Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- George, J. B. (2011). *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Glass, J. E., & Bucholz, K. K. (2011). Concordance between self-reports and archival records of physician visits: a case-control study comparing individuals with and without alcohol use disorders in the community. *Drug Alcohol Depend*, 116(1-3), 57-63. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.021
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Griffiths, R. D., Stone, A., Tran, D. T., Fernandez, R. S., & Ford, K. (2007). Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? *Drug Alcohol Rev*, 26(5), 545-552. doi: 10.1080/09595230701499167
- Heijkenskjold, K. B., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010). The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nurs Ethics*, 17(3), 313-324. doi: 10.1177/0969733010361444
- Hellberg, H. (2012). Debatt om screening med AUDIT. Bra och effektivt men passar inte alla. Retrieved 24/9, 2013, from <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/konferensdokumentation/2008/Debatt-om-screening-med-AUDIT.pdf>
- Hetlevik, I. (2004). Evidensbaserad medicin i allmän praktik – ett hinder för optimal läkarvård? *Finska läkarsällskapets handlingar*, 41(2), 6.
- Holmqvist, M., Bendtsen, P., Spak, F., Rommelsjo, A., Geirsson, M., & Nilsen, P. (2008). Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict Behav*, 33(2), 301-314. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.09.021
- Hunskår, S., Hovelius, B., Wallgren, G. A., Jones, L., Toverud, K. C., Reppe, A., . . . Sætren, T. (2007). *Allmänmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- IQ.se. Om Alkohol. Retrieved 3/9, 2013, from <http://www.iq.se/content/om-alkohol/om-alkohol.aspx>
- Johansson, K., Akerlind, I., & Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addict Behav*, 30(5), 1049-1053. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.09.008
- Johnson, J. A., Lee, A., Vinson, D., & Seale, J. P. (2013). Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: a validation study. *Alcohol Clin Exp Res*, 37 Suppl 1, E253-259. doi: 10.1111/j.1530-0277.2012.01898.x
- Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P., & Goyder, E. (2011). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Oxf)*, 33(3), 412-421. doi: 10.1093/pubmed/fdq095
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Lock, C. A., Kaner, E., Heather, N., Doughty, J., Crawshaw, A., McNamee, P., . . . Pearson, P. (2006). Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 54(4), 426-439. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03836.x
- Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S., & Bond, S. (2002). A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs*, 39(4), 333-342.
- Lock, C. A., & Kaner, E. F. (2004). Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice? *Fam Pract*, 21(3), 270-275.
- Michalak, L., & Trocki, K. (2006). Alcohol and Islam: an overview. *Contemporary Drug Problems*, 33(4), 523.
- Nilsen, P., Bendtsen, P., McCambridge, J., Karlsson, N., & Dalal, K. (2012). When is it appropriate to address patients' alcohol consumption in health care-national survey of views of the general population in Sweden. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1211-1216. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.024
- Noknoy, S., Rangsin, R., Saengcharnchai, P., Tantibhaedhyangkul, U., & McCambridge, J. (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol Alcohol*, 45(3), 263-270. doi: 10.1093/alcalc/agq013
- Nyberg, R., & Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ockene, J. K., Reed, G. W., & Reiff-Hekking, S. (2009). Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Ann Behav Med*, 37(3), 335-342. doi: 10.1007/s12160-009-9108-5
- Ottosson, J.-O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramhøj, P. (1991). *Livsform og alderdom: hvordan ældre mestrer et midlertidigt sygdomsforløb*. København: Akademisk Forl.
- Reiff-Hekking, S., Ockene, J. K., Hurley, T. G., & Reed, G. W. (2005). Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med*, 20(1), 7-13. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.21240.x
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Rosell, S. (2004). Oro över unga muslimers alkoholvanor : Malmö : religionens läkande kraft (pp. 28).
- Sargent, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry*, 19(2), 134-143. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00559.x
- Seale, J. P., Shellenberger, S., Tillery, W. K., Boltri, J., Vogel, R., Barton, B., & McCauley, M. (2005). Implementing alcohol screening and intervention in a family medicine residency clinic. *Subst Abus*, 26(1), 23-31.
- Selin, K. H. (2006). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): what does it screen? Performance of the AUDIT against four different criteria in a Swedish population sample. *Subst Use Misuse*, 41(14), 1881-1899. doi: 10.1080/10826080601025532
- So, K., & Sung, E. (2013). A Validation Study of the Brief Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): A Brief Screening Tool Derived from the AUDIT. *Korean J Fam Med*, 34(1), 11-18. doi: 10.4082/kjfm.2013.34.1.11
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Kostnader för alkohol och narkotika 2003* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stål, R. (2008). *Vårdkommunikation i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*.
- Tam, C. W., Zwar, N., & Markham, R. (2013). Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 14(1), 121. doi: 10.1186/1471-2296-14-121
- Tran, D. T., Stone, A. M., Fernandez, R. S., Griffiths, R. D., & Johnson, M. (2009). Does implementation of clinical practice guidelines change nurses' screening for alcohol and other substance use? *Contemp Nurse*, 33(1), 13-19.
- Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U., & Bergman, H. (2006). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: manual*. Stockholm: Karolinska universitetssjukhuset.
- Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organisation. (2010). *The Involvement of Nurses and Midwives in Screening and Brief Interventions for Hazardous and Harmful Use of Alcohol and Other Psychoactive Substances* New York: WHO.
- Västra Götalandsregionen. (2013). *Krav- och kvalitetsboken Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård Vänersborg: Västra Götalandsregionen*.






BILAGOR

Bilaga 1

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 eller 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 samvets- föreläelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bregman, Karolinska Institutet, Stockholm

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

Bilaga 2

Forskningspersoninformation

Bakgrund och syfte

Audit är ett instrument som detekterar missbruk/överbruk av alkohol och har funnits i svensk version sedan 1994. Enligt krav och kvalitetsboken är audit numera det vedertagna instrumentet för vårdpersonal att tidigt detektera alkohol överbruk eller missbruk. Syftet med examensarbetet är att undersöka hur distriktsköterskor använder sig av audit, när och hur det väljer att använda det och hur de upplever användningen av audit.

Förfrågan om deltagande

Deltagarna skall arbeta inom Göteborgs primärvård på vårdcentral som distriktsköterska, med minst ett års yrkeserfarenhet och erfarenhet av att använda audit. Vi vänder oss nu till dig som verksamhetschef för att få samtycke till att få möjlighet att intervjua deltagare från din vårdcentral på arbetstid.

Hur går studien till?

Metoden i examensarbetet är empirisk med kvalitativ ansats. Datainsamling kommer att ske som bandade intervjuer.

Intervjuerna kommer äga rum vecka 36-37, men hellre tidigare än senare, samt ske på lämplig plats efter överenskommelse med deltagaren.

Samtycke inhämtas skriftligt vid intervjutillfället med respektive informant efter kontakt via e-post eller telefon.

Deltagandet innebär inga risker men sannolikt inte heller fördelar för den enskilda individen, däremot bidrar deltagarna till ökad kunskap om ämnet.

Hantering av data och sekretess

Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte formellt tillstånd av etikprövningsnämnd, det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort.

Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet som kommer att raderas efter examensarbetets slut. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Frivillighet

Deltagarna ger skriftligt samtycke till att delta i studien men vi betonar att deltagandet alltid är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Ingen ersättning utgår för deltagande men intervjun genomförs föredragsvis på arbetstid.

Deltagarna kan vid examensarbetets slut ta del av det färdiga resultatet genom att kontakta nedanstående personer.

Hälsningar

Michael Carlström DSK-stud.
E-post: guscamic@student.gu.se
Tfn: 070- 6607449

Caroline Jeppesen DSK-stud.
E-post: carrojepp@spray.se
Tfn: 076- 8323036

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare

Inger Kjellberg Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap
E-post: inger.kjellberg@gu.se

Bilaga 3

Forskningspersoninformation

Bakgrund och syfte

Audit är ett instrument som detekterar missbruk/överbruk av alkohol och har funnits i svensk version sedan 1994. Enligt krav och kvalitetsboken är audit numera det vedertagna instrumentet för vårdpersonal att tidigt detektera alkohol överbruk eller missbruk. Syftet med examensarbetet är att undersöka hur distriktsköterskor använder sig av audit, när och hur det väljer att använda det och hur de upplever användningen av audit.

Förfrågan om deltagande

Deltagarna skall arbeta inom Göteborgs primärvård på vårdcentral som distriktsköterska, med minst ett års yrkeserfarenhet och erfarenhet av att använda audit. Vi vänder oss nu till dig som distriktsköterska eftersom du passar in på vår deltagarprofil och vi vill få möjlighet att intervjua dig.

Hur går studien till?

Metoden i examensarbetet är empirisk med kvalitativ ansats. Datainsamling kommer att ske som bandade intervjuer.

Intervjuerna kommer preliminärt att äga rum vecka 35-36 samt ske på lämplig plats efter överenskommelse med deltagaren.

Samtycke inhämtas skriftligt vid intervjutillfället med respektive informant efter kontakt via e-post eller telefon. Deltagare kommer få muntlig information före intervjuens början samt ges möjligt att ställa frågor om studien.

Deltagandet innebär inga risker men sannolikt inte heller fördelar för den enskilda individen, däremot bidrar deltagarna till ökad kunskap om ämnet.

Hantering av data och sekretess

Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte formellt tillstånd av etikprövningsnämnd, det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort.

Datamaterialet hanteras endast av studieansvariga, ingen obehörig har tillgång till datamaterialet som kommer raderas efter examensarbetets slut.

Vid publicering kommer citat och det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Frivillighet

Deltagarna ger skriftligt samtycke till att delta i studien men vi betonar att deltagandet är alltid helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Ingen ersättning utgår för deltagande men intervjun genomförs föredragsvis på arbetstid.

Deltagarna kan vid examensarbetets slut ta del av det färdiga resultatet genom att kontakta nedanstående personer.

Hälsningar

Michael Carlström DSK-stud.
E-post: guscamic@student.gu.se
Tfn:

Caroline Jeppesen DSK-stud.
E-post: carrojepp@spray.se
Tfn:

Michael Carlström och Caroline Jeppesen

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare

Inger Kjellberg Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap

E-post: inger.kjellberg@gu.se

SAMTYCKESFORMULÄR

Jag har fått muntlig och skriftlig information om ovanstående studie. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag ger härmed mitt samtycke till att delta i studien och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Datum

Signatur

Namnförtydligande

Bilaga 4

Frågeguide till examensarbete:

Uppmjukning av respondent för att skapa en trevlig atmosfär:

Hur länge har du jobbat som distriktssköterska?

Har du använt audit i ditt jobb?

1. Tema: respondentens erfarenhet av att använda audit.

Har du läst manualen till audit?

Hur arbetar du med audit? Screening eller intervju?

Vad får dig att använda audit?

2. Tema: arbetsplatsen, respondenten uppfattning om attityder och användning av audit på denna vårdcentral.

Hur arbetar ni med audit på den här arbetsplatsen?

Hur är inställningen till att använda audit på denna arbetsplatsen?

Använder kollegiet audit på samma sätt? Om nej varför?

Uppmuntras ni till att använda audit?

Diskuterar ni någonsin användandet av audit?

Hur gör du för att främja relationen med respondenten?

Finns det tillfällen då du har avstått att använda audit? Vad beror det på, tror du?

Finns det situationer då du tycker att det är olustigt att använda audit? Vad gör du då? Kan du beskriva någon situation du har varit med om?

Vad gör du om du får utslag på audit?

3 Tema: Respondentens värdering/uppfattning om nyttan av audit.

Vad tycker du kan förbättras med audit?

Vad tycker du är bra/mindre bra med audit?

Tycker du att audit är användbart? På vilket sätt

Har du använt andra metoder? Hur är de jämfört med audit?

4. Tema: respondentens uppfattningar om patientrespons

Hur tycker du personer reagerar när det frågas om alkoholvanor enligt audit?

Är det något du vill tillägga om audit?