

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2014:70

Sjuksköterskans förutsättningar och metoder för att
uppmärksamma alkoholvanor i hälsosamtalet i
primärvården

En litteraturstudie

Kristina Andersson
Lena Bengtsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskans förutsättningar och metoder för att uppmärksamma alkoholvanor i hälsosamtalet i primärvården. En litteraturstudie.
Författare:	Kristina Andersson och Lena Bengtsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Fristående kurs
Handledare:	Lise-Lott Berg
Examinator:	Claes Ekenstam

Sammanfattning

Allt fler människor i Sverige dricker alkohol regelbundet. Detta kan medföra försämrad hälsa och tilltagande sjukdom, bidra till skador och våld i samhället. Sjuksköterskan inom primärvården träffar många patienter i hälsosamtal och det är då viktigt att fråga om alkoholvanor liksom andra levnadsvanor. Detta upplevs dock som en svår uppgift för många sjuksköterskor, då det finns risk att patienten kan känna sig kränkt. Forskning visar att sjuksköterskor tycker att det saknas kunskaper och metoder för att fråga om alkoholvanor. Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva förutsättningar och metoder för hur sjuksköterskan kan uppmärksamma alkoholvanor i hälsosamtalet. Sammanlagt har 11 artiklar analyserats; nio kvantitativa och två kvalitativa från Europa och USA. Studien är gjord enligt Axelssons modell (2012, s.203-219) och resultatet i studien består av tre huvudteman och fyra subteman. De tre huvudteman är Kommunikation, Metod och Kunskap. Subteman som ingår är Samtal, Motiverande samtalsteknik, Screening av alkoholvanor och Kort rådgivning. Resultatet visar att Screening och Kort rådgivning är användbara och tidsbesparande metoder och Motiverande samtalsteknik är effektivt vid alkoholprevention. En förutsättning är att sjuksköterskan får kunskap i metoder, samtalsteknik och alkoholens skadliga påverkan på hälsan. I den efterföljande diskussionen tas de delar upp som är väsentliga för sjuksköterskan i arbetet med alkoholprevention i hälsosamtalet. Slutsatser i denna litteraturstudie är att det finns bra metoder för att uppmärksamma alkoholvanor, men en förutsättning är att sjuksköterskan har kunskap om hur de används samt kännedom om alkoholens skador på hälsan. I det förebyggande arbetet är det effektivt att fråga patienten om alkoholvanor, men hur länge samtalet pågår är inte av lika stor betydelse.

Nyckelord: *Alkoholkonsumtion, primärvård, sjuksköterska, rådgivning, kort intervention, screening*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Alkohol	1
Definitioner av begreppen riskbruk, missbruk och beroende	1
Historik	2
Statistik	2
Konsekvenser	2
Hälsobegreppets definition och innebörd	3
Sjuksköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samtal i primärvården	3
Primärvårdens organisation och uppdrag	3
Definitioner av begreppen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	4
Sjuksköterskans hälsosamtal	4
Kommunikation	5
Lagar och riktlinjer för hälsofrämjande och förebyggande arbete	5
Sjuksköterskans hälsofrämjande och förebyggande arbete med alkohol - tidigare forskning	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
RESULTAT	8
Kommunikation	8
Samtal om alkohol	8
MI- motivational interviewing	9
Metod	9
Screening av alkoholvanor	9
Kort intervention	10
Kunskap	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
SLUTSATSER	15
Kliniska implikationer för sjuksköterskan	15
Förslag på vidare forskning	16
REFERENSER	17

Bilaga 1 Sökhistorik

Bilaga 2 Översikt över analyserade artiklar

Bilaga 3 Audit

Bilaga 4 Audit-C

INLEDNING

Vi är två sjuksköterskor som arbetar inom primärvården. I vårt arbete möter vi många patienter i hälsosamtal för att kartlägga levnadsvanor och eventuellt se vilka förändringar som bör/kan göras för att förhindra ohälsa. Alkoholkulturen i samhället har förändrats och idag sker umgänge likväl över några glas alkoholhaltiga drycker som över en kopp kaffe. De flesta människor använder alkohol under trevliga former, men trots allt kan detta medföra att risken för skadlig konsumtion ökar i samhället (Romelsjö & Bendtsen 2008, s. 49). Patienten är ofta omedveten om vad dessa alkoholvanor kan innebära och vilka konsekvenser det kan få. Det är viktigt att sjuksköterskan tar upp frågan om alkohol likväl som att tala om tobak, kost och fysisk aktivitet vid hälsosamtalet.

Att fråga om alkoholvanor kan upplevas som ett känsligt område för sjuksköterskan, då det ibland saknas förutsättningar och metoder för detta i hälsosamtalen inom primärvården. Det finns dessutom en rädsla att kränka patienten och skada den viktiga vårdrelationen.

Vi vill med denna litteraturstudie beskriva sjuksköterskans förutsättningar och metoder för att uppmärksamma patientens alkoholvanor i hälsosamtalet i primärvården, detta för att underlätta för sjuksköterskan i det preventiva arbetet med målet att hjälpa patienten till hälsosamma levnadsvanor.

BAKGRUND

Alkohol

Etanol är det som i dagligt tal kallas alkohol, som är berusningsframkallande och används vid framställning av vin, öl och spritdrycker. Den kan även användas inom industrin, medicin med mera (Nationalencyklopedin 2014). Alkohol är en drog som är tillåten med bestämda begränsningar i samhället. Fysiologiskt påverkar den hjärnan och resten av kroppen på olika sätt. I likhet med andra droger stimulerar den hjärnans belöningscentrum, men kan också skapa beroende (CAN 2014).

Definitioner av begreppen riskbruk, missbruk och beroende

Riskbruk (eng: hazardous drinking) av alkohol handlar om den konsumtion som ännu inte har utvecklats till missbruk eller beroende men som riskerar att göra det om den fortsätter. Konsumtionen innebär en klar risk för att utveckla kroppsliga skador, sänkt livskvalitet och förtida död. Detta innebär en hög genomsnittlig konsumtion av alkohol eller intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden. Med en hög genomsnittlig konsumtion menas en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas per vecka för män och 9 standardglas för kvinnor. De negativa följderna blir mest kroniska skador på kroppen som leverskador, hjärtproblem, cancer med mera. Med intensivkonsumtion avses en alkoholkonsumtion av 5 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och 4 standardglas eller fler för kvinnor. Här ökar risken för akuta olycksfallsskador, våld och sociala problem. Hos gravida räknas all alkoholkonsumtion som riskbruk. Ett standardglas är ett mått som motsvarar exempelvis 66 cl lättöl, 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit (Socialstyrelsen 2011, s. 28).

Missbruk (eng: harmful drinking) innebär ett fysiologiskt beroende som ännu inte har uppstått men risken är stor att det utvecklas till detta. Risken för att det uppstår fysiska och psykiska skador samt sociala problem är klart ökad. Personer i missbrukarens omgivning brukar också påverkas negativt av missbruket (VG-region 2014).

Beroende (eng: dependence) kan innebära ett fysiologiskt, psykologiskt och socialt beroende, ofta i kombination. Man har en stark längtan efter och kan inte kontrollera intaget av alkohol. Personen kommer troligtvis att lida av abstinens om drogen tas bort, men det kan finnas ett beroende även utan toleransökning och abstinens (VG-region 2014).

Historik

Redan i Gamla testamentet, antikens Grekland och Romarriket skrivs det om vin och dess missbruk. På 1500-talet användes etanol som skydds- och läkemedel mot sjukdomar. 1851 presenterade läkaren och ordförande i Sundhetskollegiet Magnus Huss ett vetenskapligt arbete om alkoholförgiftning. I början på 1900-talet var alkoholmissbruket utbrett över hela världen. 1914 tog läkaren Ivan Bratt över det nya Stockholmssystemet och införde genast Motboken med individuell ransonering av alkohol. 1922 genomfördes en folkomröstning om totalförbud utav alkohol, där det röstades nej. Motboken försvann 1955 (Nationalencyklopedin 2014). 2010 kom den senaste alkohollagen gällande tillverkning, försäljning och servering (SFS 2010:1622).

Statistik

Alkohol är vår tids största berusningsdrog. Inom EU dricks mest alkohol i världen/capita. Det skiljer sig mellan olika områden i Europa; de nordiska länderna har lägst konsumtion, medan Central- och Östeuropa ligger högst. Det skiljer sig även mellan ungdomar i olika europeiska länder. Sammanfattningsvis dricker svenska ungdomar större mängder alkohol, men vid färre tillfällen jämfört med andra länder. Sedan Sverige gick med i EU i mitten av 1990-talet förekommer det mer alkohol i vår kultur och dryckesmönstret har förändrats. Männens konsumtion är idag dubbelt så hög som kvinnornas, men det var större skillnad för cirka 50 år sen, då männen drack fyra gånger så mycket. Kvinnornas konsumtion har således ökat. Unga vuxna (18-29 år) står för högsta konsumtionen. Statistik från Folkhälsomyndigheten 2013 visar dock på en minskning. Riskkonsumenter av alkohol för både vuxna män och kvinnor är 16,5 % i Sverige vilket är en minskning av cirka 1 % från föregående år. I Västra Götaland ligger resultatet ungefär detsamma. I storstäderna är riskbrukskonsumtionen drygt 20 % (Folkhälsomyndigheten 2014).

Konsekvenser

Listan på sjukdomstillstånd till följd av hög alkoholkonsumtion kan göras lång; levercirrhos, cancer, depression, ångest, magkatarr, högt blodtryck och övervikt/fetma är några diagnoser som kan nämnas. Samhällets kostnader på grund av alkoholens skador är enorma till exempel sjukdomar ökar, minskad produktion i arbetslivet, ökat våld och sociala problem (Romelsjö & Bendtsen 2008, ss. 49-50).

Hälsobegreppets definition och innebörd

Människan har i alla tider ansett det viktigt med hälsa. Begreppet har varierat från olika tidsepoker och kulturer. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition från 1948, (reviderad 1986), menas att hälsan är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. 1991 preciserades begreppet ytterligare till att hälsa är en resurs för att kontrollera och bemästra sin livssituation. I Jakarta 1997 klargör WHO definitionen ytterligare att det är en mänsklig rättighet att ha hälsa och ett gott liv (Wärnå-Furu 2013, s. 200). Hälsa kan uttryckas såsom att må bra, känna välbefinnande och kunna genomföra stora och små livsprojekt, att känna livslust och ha livskraft (Dahlberg & Segesten 2010, s. 102).

Idag ses begreppet hälsa ur två perspektiv som kompletterar varandra. Det första, biomedicinska synsättet, innebär frånvaro av sjukdom där kropp och själ är skilda åt. Kroppen ses som en maskin som kan gå sönder och behöver lagas, vilket människan inte kan påverka själv eller ta eget ansvar för. I det andra perspektivet det så kallade holistiska/humanistiska synsättet på hälsa, är människan en helhet och kan själv avgöra vad som är hälsa för den egna personen. Det är subjektivt att ta ett eget ansvar och till viss del påverka sin hälsa själv. Hälsan är individuell, växlar från person till person och kan ändra sig utifrån olika livssituationer. Det är viktigt att känna meningsfullhet och att vara en del i ett sammanhang för att uppleva hälsa (Wärnå-Furu 2013, s. 200).

Inom vårdvetenskap talas om hälsa som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet innebär att personen lever hälsosamt, friskhet är människans fysiska egenskaper och välbefinnande är egna upplevelser. Hälsa är en del av livet, en process, en rörelse som kommer och går. Processen kan påverkas av olika saker såsom; hälsomotiv, hälsohinder och resurser. Hälsomotiv innefattar människans livshållning och hälsohinder kan vara något som blockerar upplevelsen av hälsa. Resurser delas upp i yttre och inre, där yttre resurser kan vara till exempel stöd från familj, vänner eller sjukvårdspersonal och med inre resurser menas exempelvis känslor och motivation (Dahlberg & Segesten 2010, s. 47).

Genom förbättrade levnadsvillkor, ökade kunskaper, bättre sjukvård och ekonomi i Sverige har dödligheten kunnat minskas och till viss del utrotat det som förr var fruktade sjukdomar. Medellivslängden har ökat och idag ses ett annat sjukdomspanorama, vilket innebär många livsstilssjukdomar eller välfärdssjukdomar. Ett sådant exempel kan vara diabetes eller hjärt-kärlsjukdom som har såväl biologiska, psykologiska och sociologiska faktorer inblandade och kan kopplas till människans levnadsvanor, vilket kan motverkas eller lindras med ändrad livsstil (SSF 2008, s. 6).

Sjuksköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samtal i primärvården

Primärvårdens organisation och uppdrag

Primärvården definieras enligt Hälso- och sjukvårdslagen som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller ålder, sjukdomar eller patientgrupper som ska svara för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och

rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 §5).

Definitioner av begreppen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Hälsofrämjande arbete innebär att stärka människans fysiska, psykiska och sociala välbefinnande, tro till sin egen förmåga, påverka sin egen hälsoutveckling och bemästra sin situation. Den salutogena synen innebär enligt Antonovskys teori att livet ska kännas meningsfullt och att människan ska ha en känsla av sammanhang (KASAM) (Holm Ivarsson 2014, s. 181).

Sjukdomsförebyggande arbete innebär att minska människans risk att få eller återfå sjukdom. Detta innefattar personer som redan har osunda levnadsvanor och löper en stor risk att drabbas av sjukdom på grund av detta, till exempel hjärt-kärlsjukdom (Holm Ivarsson 2014, s. 182).

Sjuksköterskans hälsosamtal

Sjuksköterskans handlande utgår från den etiska koden för sjuksköterskor skriven av International Council of Nurses (ICN), vilket innebär att sjuksköterskan har till uppgift att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (SSF 2014, s. 3). Sjuksköterskans hälsofrämjande samtal inom primärvården bygger på en humanistisk syn på människan och att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande. Det hälsofrämjande samtalet ska inte fokuseras på sjukdom eller diagnos utan ska genomsyras av delaktighet och jämlikhet. Samtalet utgår från patientens livsvärld för att kunna hjälpa, motivera och stötta. Livsvärlden visar sig på skilda sätt för olika människor, eftersom minnen, erfarenheter, tankar, tidigare upplevelser och känslor påverkar synen på tillvaron och nya händelser som patienten kommer att ställas inför. Livsvärlden är personlig samtidigt som den delas av alla människor (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 126-130).

I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* ges rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja patientens förändring av en ohälsosam levnadsvana (Socialstyrelsen 2011, s. 7). Rådgivande samtal är grunden för åtgärderna och delas in i enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning. Enkla råd innebär korta, standardiserade råd på några minuter utan uppföljning. Ett rådgivande samtal innebär en dialog mellan sjuksköterskan och patienten som anpassas till ålder, hälsa och risknivå. Detta samtal kan ta upp till 30 minuter. Ett kvalificerat rådgivande samtal är oftast längre och utförs av sjuksköterska med utbildning i KBT (kognitiv beteendeterapi) eller MI (motiverande samtalsteknik) (Socialstyrelsen 2011, ss. 7-21). För att bedriva ett hälsosamtal krävs även förutsättningar såsom struktur, relevant kunskap och utbildning, riktlinjer och rutiner för hur samtalet ska genomföras och följas upp (Socialstyrelsen 2011, ss. 59-61).

Sjuksköterskans bemötande gentemot patienten är viktigt för att skapa trygghet och tillit i vårdrelationen. Tillit kan vara synonymt med tro och övertygelse och avgörande för att patienten ska få förtroende för sjuksköterskan. Detta är av vikt för patientens personliga utveckling för att kunna ta ansvar för sin egen hälsa (Rosengren 2013, s. 230). Bemötande innefattar bland annat mottagandet vid samtalet, sjuksköterskans människosyn, vänlighet, tonfall, behandling. Sjuksköterskans roll innebär att ge patienten möjlighet att fatta sina egna beslut genom delaktighet, individuell planering,

information och adekvat kunskap. Sjuksköterskan ska motivera, uppmuntra och bemöta patienten med värdighet och respekt (Fossum 2013, ss. 25-49).

Enligt Dahlberg & Segesten är vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient en professionell förbindelse, där sjuksköterskan använder sin kunskap och erfarenhet i samtalet, men räknar inte med att få någonting tillbaka. En viss förförståelse kan finnas, men får inte bli ett hinder. Sjuksköterskan måste kunna reflektera, vara öppen och följsam gentemot patientens livsvärld och för att vårdrelationen ska utvecklas gynnsamt och växa måste patienten öppna sig och dela med sig av sina upplevelser och tankar (Dahlberg & Segesten, 2010 ss. 181-207).

Kommunikation

Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är av betydelse i hälsosamtalet. Det finns många definitioner och tolkningar på vad kommunikation är. Det kan vara information eller en aktivitet det vill säga något vi gör. Den kan vara inlärd eller kulturell och den skapar förbindelse mellan människor. Det kan finnas hinder som gör att kommunikationen inte fungerar optimalt såsom fackspråk, brytning, dialekt, kroppsspråk, religion och kultur (Fossum 2013, ss. 25-26, 46-49).

Det kan vara svårt att definiera vad ett samtal är, men synonymer kan vara konversation, diskussion eller samspråk mellan människor. Vid ett symmetriskt samtal finns det en dialog mellan två personer. Vid ett asymmetriskt samtal är den ena personen mer aktiv och talar, medan den andra är mer passiv och lyssnar (Fossum 2013, ss 26-28).

Motiverande samtalsteknik (MI) är ett användbart och effektivt sätt för att öka motivationen hos patienten vid livsstilsförändringar i sjuksköterskans hälsosamtal. Tekniken utvecklades i mitten på 1980-talet i USA av professorerna Miller och Rollnik. Metoden är patientcentrerad och innebär att sjuksköterskan ber om lov att diskutera en levnadsvana, ställer öppna frågor och har ett reflekterande lyssnande, bekräftar och förstärker det som patienten säger (Barth & Näsholm 2006, ss. 9-10).

Lagar och riktlinjer för hälsofrämjande och förebyggande arbete

WHO:s europaregion, som Sverige är medlem i, antog 2012 resolutionen om ett evidensbaserat hälsopolitiskt ramverk för hälsa och välbefinnande, Hälsa 2020 (WHO 2013a). Alla invånare i Europa ska få stöd och möjlighet att nå sin fulla potential av hälsa och välbefinnande och alla länder ska arbeta för en jämlik hälsa både i och utanför regionen. De har också gjort en handlingsplan för att minska skadligt bruk av alkohol 2012- 2020 (WHO Europa, 2012b; Holm Ivarsson 2014, ss. 78-80).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skada. Regeringen framhåller i propositionen ”En förnyad folkhälsopolitik” (prop. 2007/08:110) att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet. Regeringen har bidragit med pengar för att hälso- och sjukvården ska arbeta brett hälsofrämjande.

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det beskrivet att sjuksköterskan ska främja hälsa och förebygga ohälsa, identifiera hälsorisker och vid behov stödja till förändrade levnadsvanor (Socialstyrelsen 2005, s. 12).

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* ger rekommendationer om metoder att förebygga sjukdom och förändra levnadsvanor vad gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Dessa levnadsvanor bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige. Hälso- och sjukvården behöver därför erbjuda effektiva åtgärder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011, s. 3).

Krav- och kvalitetsboken som beskriver förutsättningar för att bedriva primärvård inom Västra Götalandsregionen, skriver att vårdenheten ska på individ- och gruppnivå systematiskt arbeta med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, ge råd om egenvård samt arbeta för tidig upptäckt av hälsorisker. Vårdenheten ska följa nationella och regionala riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vidare ska insatserna riktas mot tobaksbruk, alkoholvanor, fysisk aktivitet och matvanor. Dessa insatser ska följas upp och rutiner och metoder ska dokumenteras (Västra Götalandsregionen 2014, s. 13).

Sjuksköterskans hälsofrämjande och förebyggande arbete med alkohol - tidigare forskning

2002 undersökte Johansson, Bendtsen och Åkerlind vad sjuksköterskor i svensk primärvård hade för beredskap att delta i arbetet att tidigt upptäcka riskbruk av alkohol. 141 sjuksköterskor på 19 vårdcentraler deltog. Resultatet visade att sjuksköterskorna var i behov av utbildning och stöd, hade otillräckligt med praktiska färdigheter vad gällde prevention av alkohol. Det upplevdes positivt att arbeta i team med läkare (Johansson, Bendtsen och Åkerlind 2002, ss. 38-42).

Geirsson, Bendtsen och Spak undersökte attityder till att arbeta med alkoholprevention bland sjuksköterskor och distriktsläkare inom primärvården i Skaraborg. Resultatet visade att personalen prioriterade att ta upp andra levnadsvanor såsom kost, motion och rökning med patienten framför alkohol. Personalen ansåg att de hade för lite utbildning, brist på verktyg och dåligt med stöd i arbetsmiljön (Geirsson, Bendtsen och Spak 2005, ss. 388-393).

Regeringen beslöt att ett projekt, så kallade Riskbruksprojektet, skulle implementeras inom primärvården med fokus på alkoholfrågor. I projektet som pågick mellan 2004 - 2010 fick alkoholfrågorna en betydande roll inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan fick en nyckelroll. I en studie från 2011, som utvärderade projektet, fann man att de sjuksköterskor som fick utbildning och fick träna samtalsteknik, blev mer aktiva och motiverade i sitt arbete vad gäller prevention av alkohol (Nilsen, Wåhlin och Heather 2011, ss. 3609-3627).

PROBLEMFORMULERING

I undersökningar gjorda av Folkhälsomyndigheten framkommer att riskbruk av alkohol ökar i vårt samhälle. Detta kan medföra ökad ohälsa, tilltagande våld och ökade samhällsekonomiska kostnader på individ och samhällsnivå. Enligt Socialstyrelsen förväntas hälso- och sjukvården erbjuda fler patienter stöd att förändra sina

levnadsvanor för bland annat riskbruk av alkohol. Sjuksköterskan i primärvården har en betydelsefull roll i det hälsofrämjande arbetet, där det också ingår hälsosamtal. I hälsosamtalen kartläggs patientens levnadsvanor och eventuella livsstilsförändringar planeras. I detta hälsoarbete krävs struktur, verktyg och kunskap. Det kan upplevas svårare för sjuksköterskan att fråga patienten om alkoholvanor i hälsosamtalen än andra levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, kost och tobak, då det finns en risk att det kan kännas kränkande för patienten. Vidare upplever sjuksköterskan bristande kunskaper i ämnet och undviker då att beröra det närmare.

Då sjuksköterskan ser det som ett problem hur alkoholvanor ska beröras och vilka metoder som ska/kan användas i hälsosamtal, vill vi med denna studie beskriva hur sjuksköterskan kan uppmärksamma detta. Det är viktigt att få kunskap om metoder och förutsättningar för att sjuksköterskan ska kunna diskutera och fråga patienten om alkoholvanor och på så sätt minska ohälsa och främja hälsa.

SYFTE

Beskriva sjuksköterskans förutsättningar och metoder för att uppmärksamma patientens alkoholvanor i hälsosamtalen i primärvården.

METOD

Metoden som använts till detta arbete är en systematisk litteraturöversikt med både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar enligt Axelsson (2012, s. 203-219). Litteraturstudie valdes för att få ett stort underlag och därmed en djupare förståelse för problemet inom forskningsområdet. Att låta både kvantitativa och kvalitativa artiklar ingå, innebär att det blir en bra evidensbaserad grund för litteraturstudien (Axelsson 2012, s 204).

Datainsamling

Inför datainsamlingen lästes litteratur av Friberg (2006) och Axelsson (2012) för att få kunskap om hur detta steg i en litteraturstudie går till. I denna studie användes artiklar från databaser och vetenskapliga tidskrifter. De databaser som använts är Cinahl, Medline, ProQuest och Pubmed, där resultat från vårdvetenskaplig forskning finns. Sökord som använts är *alcohol drinking*, *primary care*, *nurs**, *brief intervention* och *counselling*. Inklusionskriterierna vid artikelsökningen var: artiklar från 2004 och framåt, vuxna, peer reviewed och vara skrivna på engelska. Sammanlagt lästes 80 titlar/abstracts som motsvarade ämnet och 22 artiklar valdes ut som stämde väl an mot syftet. Dessa 22 artiklar lästes noggrant igenom varav slutligen nio artiklar valdes ut för analys.

De artiklar som exkluderades var studier ej gjorda inom primärvården, berörde tonåringar och studenter, patienter med specifika diagnoser eller att artikeln ej fanns i fulltext. Manuella sökningar har gjorts efter genomgång av referenslistor vilket resulterade i ytterligare två artiklar. Sökhistoriken redovisas (se bilaga 1).

Det finns både nationella och internationella artiklar med i denna studie, artiklarna härrör från Sverige, Storbritannien, USA och Spanien. Slutligen erhöles 11 artiklar för analysbearbetning. Två artiklar är kvalitativa och övriga kvantitativa.

Dataanalys

Artiklarna lästes igenom noggrant flera gånger för att få en helhet över vad de handlade om. De sammanställdes i en tabell över titel, syfte, metod/urval och resultat enligt Axelsson (2012, ss. 212-214) se bilaga 2. Tabellen utgjorde grunden för vad som skulle presenteras i resultatet.

Axelsson (2012, s. 212) skriver att det är lämpligt att gå från helhet till delar för att slutligen få en ny helhet i resultatet som ska presenteras. Resultaten från artiklarna lästes igenom flera gånger och de som handlade om liknande ämnen, till exempel screening eller kunskap, lades för sig. För att lättare kunna se sambanden mellan de olika artiklarna fästes ett försättsblad på respektive artikel med viktig data från innehållet som framkommit. Anteckningar gjordes på nyckelord och viktig fakta utifrån syftet som kom fram i artiklarna för att tydligare kunna se likheter och skillnader. En tankekartan ritades av tänkta teman för att få fram huvudteman och subteman som skulle svara an mot syftet. När artiklarna analyserades framkom slutligen tre huvudteman och fyra subteman (tabell 1).

RESULTAT

Analysarbetet resulterade i tre huvudteman: Kommunikation, Metod och Kunskap med fyra subteman enligt tabell 1.

Tabell 1

Huvudtema	Subtema
Kommunikation	Samtal om alkohol MI - Motivational Interviewing
Metod	Screening av alkoholvanor Kort intervention
Kunskap	

Kommunikation

I detta huvudtema framkommer att sjuksköterskan ser svårigheter i att tala om alkoholvanor med patienten, vilket kan medföra en risk att skada den viktiga vårdrelationen. Det finns effektiv samtalsmetodik vid förändring av levnadsvanor. Huvudtemat delas upp i två subteman.

Samtal om alkohol

I en studie gjord av Nilsen, McCambridge, Karlsson och Bendtsen (2011, ss. 1748-1756) framkom att av 66 % av deltagarna som hade besökt primärvården senaste året hade 20 % haft ett eller flera samtal om alkohol.

I en undersökning från 2008 av Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjö, Geirsson och Nilsen fick 3125 sjuksköterskor frågan om de brukade diskutera alkoholvanor med sina patienter. 80 % av sjuksköterskorna bedömde det som mycket viktigt att upptäcka patienter i riskzonen men endast 28 % av sjuksköterskorna uppgav att de rutinmässigt frågade om alkohol. 17 % av sjuksköterskorna ställde aldrig frågan på grund av patientens negativa inställning. I motsats till detta visar Jonsson, Ottosson och Berndtsson (2013, ss. 4-8) i en intervjustudie att patienterna reagerade positivt och med lättnad över att sjuksköterskan frågade om och diskuterade alkohol. Patienterna tyckte det kändes bra att få tala om detta och få reda på om konsumtionen var för hög eller inte. Sjuksköterskorna ansåg dessutom att det krävdes erfarenhet och trygghet i sin yrkesroll för att samtala om denna levnadsvana enligt Jonsson et al. (2013, ss. 4-8).

MI- motivational interviewing

Motiverande samtalsteknik är ett användbart och effektivt sätt för att öka motivationen hos patienter vid livsstilsförändringar i sjuksköterskans hälsosamtal. I en svensk kvalitativ studie gjord av Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2011, ss 3322-3330) framkom att sjuksköterskor i primärvården tyckte att motiverande samtalsmetodik var stimulerande och ett värdefullt verktyg i det hälsofrämjande arbetet. MI bidrog till vägledning i samtalet samt en ökad medvetenhet och öppenhet i dialogen med patienten. Sjuksköterskorna märkte att patienten fick ökad förståelse för sina ohälsosamma levnadsvanor som behövde förändras och kom effektivt fram till egna lösningar på sina problem. Även Jonsson et al. (2013, ss 4-8) betonar vikten av en god samtalsteknik och öppna frågor för att kunna diskutera alkohol.

Beckham (2007) visade i sin studie att MI är en effektiv metod att använda vid osunda alkoholvanor. I hennes undersökning screenades 86 vuxna patienter varav 25 ingick i studien. De delades in i två grupper och den grupp som fått motiverande samtal minskade sin alkoholkonsumtion mer än den grupp som inte fick något samtal.

I undersökningen gjord av Brobeck et al. (2011, ss. 3322-3330) ansåg sjuksköterskorna att den motiverande samtalstekniken var krävande. Det var bra att ha yrkeserfarenhet och få möjlighet att öva på metoden. Det framkom vidare att det var viktigt att organisation och ledning stöttade arbetssättet.

Metod

I detta huvudtema framkommer att det finns flera enkla och effektiva metoder att på kort tid få information om patientens alkoholvanor. Huvudtemat presenteras i två subteman.

Screening av alkoholvanor

AUDIT (Audit Use Disorders Identification Test) är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor, avsedda att mäta tre domäner; konsumtion (tre frågor om mängd och frekvens), beroende (tre frågor) och alkoholrelaterade skador (fyra frågor om problem eller skador orsakade av alkoholkonsumtionen) se bilaga 3 (Bradley, DeBenedetti, Williams, Frank och Kivlahan 2007, ss. 1208-1217; Frank, DeBenedetti, Volk, Williams, Kivlahan och Bradley 2008, ss. 781-787). Formuläret kan användas för självskattning av patienten eller som underlag för en strukturerad intervju.

Testresultatets övre gräns är 6 poäng för kvinnor och 8 poäng för män, vilket ger indikationer om ett riskfyllt drickande. Det finns inga uttalade krav på förkunskaper för att använda testet även om det rekommenderas. Screeningen beräknas ta ungefär 10 minuter att fylla i och gå igenom (Frank et al. 2008, ss. 781-787).

AUDIT-C är en förkortad version av AUDIT det vill säga bara de tre första frågorna av formuläret och det är till för att upptäcka riskbruk. Denna test tar endast några minuter se bilaga 4. Det är viktigt att belysa tidsaspekten, då det framkommer i studier att vårdpersonal undviker att ta upp frågan om alkohol i brist på tid (Holmqvist et al. 2008, ss. 301-314; Jonsson et al. 2013, ss. 4-8).

I flera studier har AUDIT eller AUDIT-C använts som ett screeningformulär för att kunna inkludera patienter i försöksgrupper eller identifiera personer med skadligt bruk av alkohol (Lock et al. 2006, ss. 426-439; Kaner et al. 2013).

Frågeformuläret CAGE (C= *cut down*, A= *annoying*, G= *guilty* och E= *eyeopener*) är en äldre variant av screening som är mer specifikt inriktad på att upptäcka missbruk av alkohol. Detta instrument används mer frukostigt i USA och består av fyra frågor (Frank et al. 2008, ss. 781-787).

I flera artiklar som analyserats anses att AUDIT och/eller AUDIT-C är bra metoder för att upptäcka riskbruk som till exempel i en studie på tre olika etniska grupper i Texas där 1000 primärvårdpatienter ingick (Frank et al 2008, ss. 781-787). Patienterna delades in i grupper där AUDIT-C, CAGE och en intervju med fyra frågor jämfördes. Det visade sig att AUDIT-C var en mycket tillförlitlig test. I en annan studie från primärvården på Gran Canaria undersöktes om det var någon skillnad mellan att använda AUDIT på patienter över eller under 65 år, men det fanns inte någon signifikant skillnad (Gomez, Conde, Santana, Jorin, Serrano och Medina 2006, ss. 558-561). AUDIT jämfördes även med AUDIT-C, CAGE och biologiska markörer (GGT, MCV, ASAT och ALAT) i samma studie. Även här var AUDIT och AUDIT-C de säkraste screeninginstrumenten.

Kort intervention

Vårdgivare förväntas i allt högre grad identifiera och ingripa med kort rådgivning vid ohälsosamma alkoholvanor (Nilsen et al. 2011, ss. 1748-1756). I deras studie undersöktes effekten av kort rådgivning inom svensk primärvård och resultatet visade att både kort och längre rådgivning minskade alkoholkonsumtionen. Korta samtal på 1-10 minuter och samtidigt ett råd på vilket sätt konsumtionen kunde minskas var det optimala. Det mest effektiva var ett samtal på 5-10 minuter, men mer än 10 minuters rådgivning gav ingen ytterligare minskning av konsumtionen.

Inom brittisk primärvård gjorde Lock, Kaner, Heather, Doughty, Crawshaw, McNamee och Pearson (2006, ss. 426-439) en liknande undersökning, där sjuksköterskor gav 5-10 minuters strukturerad rådgivning om alkohol, medan kontrollgruppen endast fick korta allmänna råd samt en broschyr. Båda grupperna hade minskat sin alkoholkonsumtion vid 6- och 12-månadersuppföljningen, men det var ingen skillnad mellan grupperna.

I ytterligare en studie från primärvården i Storbritannien gjord av Kaner, Bland, Cassidy, Coulton, Dale, Deluca, Gilvarry, Godfrey, Heather, Myles, Newbury-Birch,

Oyefeso, Parror, Perryman, Philips, Sheperd och Drummond (2013) blev patienterna screenade av sjuksköterskor och fick därefter en kort rådgivning. Patienterna delades in i tre grupper efter screening. Första gruppen fick en 12-sidig broschyr om alkohol samt hänvisning till två internetadresser direkt efter screening. Andra gruppen fick samma information som första och dessutom fem minuters strukturerad rådgivning av sjuksköterska. Den tredje och sista interventionsgruppen fick samma som andra gruppen samt ett samtal om livsstilsråd två veckor senare. Alla grupperna hade minskat sin alkoholkonsumtion vid uppföljningen efter 6 och 12 månader. Ingen skillnad syntes mellan grupperna. Alkoholkonsumtionen minskade inte mer ju längre tid eller mer information patienten fick. Det framkom dock att de grupper som fått fem minuters rådgivning och eventuellt också ett 20 minuter långt hälsosamtal som uppföljning kände en större tillfredsställelse och starkare motivation för att ändra sina levnadsvanor. 93 % av sjuksköterskorna inom svensk primärvård säger dock att de skulle ställa frågan och diskutera oftare om alkohol om de hade mer tid enligt Holmqvist et al. (2008, ss. 301-314). Likaså i Jonson et al. (2013, ss. 4-8) hävdar sjuksköterskorna att de saknar tid för att samtala om alkohol.

Kunskap

I en undersökning gjord av Jonson et al. (2013, ss. 4-8) framkommer att kunskap om alkoholens påverkan på hälsan har betydelse för sjuksköterskans förmåga att samtala om alkoholvanor i hälsosamtalen. Vidare önskar sjuksköterskan kunskap om instrument/metoder för att identifiera ohälsosamma alkoholvanor, vilket är en förutsättning för sjuksköterskans arbete med alkoholprevention. De som ansåg sig ha tillräckligt med kunskap kände trygghet i sin professionella yrkesroll och hade lättare att inleda ett samtal om alkohol. De ansåg att det var enklare att förklara små och stora hälsoförändringar för patienten. De sjuksköterskor som uppgav att de inte samtalade om alkohol i så stor omfattning med sina patienter, angav kunskapsbrist om ämnet som bidragande orsak.

Holmqvist et al. (2008, ss. 301-314) fann i sin studie att 89 % av sjuksköterskorna uppgav någon brist på utbildning om alkoholprevention som orsak till att inte fråga patienten om alkohol. 91 % ansåg att de saknade kunskap om samtalsteknik, 84 % önskade mer utbildning i screening, 83 % saknade kunskaper om alkoholens påverkan på hälsan samt 79 % kände sig inte bekanta med informationsmaterial och broschyrer. De sjuksköterskor som fått utbildning i alkoholprevention hade oftare en rutin att fråga patienter om alkohol och kunde använda olika verktyg för detta i sitt hälsoarbete. De sjuksköterskor som sällan frågade patienten om alkoholvanor, uppgav att det berodde på osäkerhet om hur frågor skulle ställas och hur råd skulle ges.

I en undersökning gjord av Stoner, Mikko och Carpenter (2014) utarbetades och testades ett internetbaserat utbildningsprogram för de inom primärvården som arbetar med drogprevention av bland annat alkohol. Försöksgruppen fick utbildning i screening, kort intervention och vart patienter kunde hänvisas för att få ytterligare hjälp. Kontrollgruppen fick utgå från en web-plattform med länkar till utbildning och information. Det blev ingen skillnad på kunskapsnivån i de båda grupperna utan alla ökade sina kunskaper och blev mer aktiva i sitt hälsoarbete efter genomgången utbildningsprogram. Försöksgruppen kände sig dock mer nöjd efter genomgången kurs.

Holmqvist et al. (2008, ss. 301-314) anser i motsats att det inte är någon självklarhet att aktiviteten i det alkoholpreventiva arbetet stiger bara för att kunskapen hos personalen ökar. De menar att det kan finnas andra faktorer såsom färdigheter och attityder som också spelar roll.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Examensarbetet är en litteraturstudie som handlar om att få en översikt över aktuell forskning inom området som beskriver hur sjuksköterskan kan uppmärksamma patientens alkoholvanor i hälsosamtalen inom primärvården. Som grund till metoddelen i arbetet användes modeller från Friberg (2006, ss. 40-46) och Axelsson (2012, ss. 203-219) vilket har varit en god hjälp för att få en förståelse för tillvägagångssättet i arbetsprocessen.

När litteratursökningen startade visade det sig att det fanns mycket forskning inom detta område, trots tidsbegränsningen från 2004 och framåt. Första sökningen resulterade i 80 artiklar som bedömdes utifrån titlar och abstracts. Denna mängd innebar en svårighet att se vad som var relevant med tanke på vårt syfte. Vi upplevde det svårt att få en överblick när vi fick så många träffar och var rädda att missa väsentliga artiklar, vilket kan ses som en svaghet i litteraturstudien. Det fanns artiklar gjorda om företagshälsovård och från andra vårdinrättningar som fick uteslutas efter granskning. Eftersom vi fick så många träffar har det resulterat i en stor bredd, som kan ses som en styrka.

Syftet fick ändras över tid, då studien från början skulle inriktas på riskbruk av alkohol enligt svensk definition och metoder för att uppmärksamma detta. Det blev förvirrande då definitionerna *hazardous drinking*, *harmful drinking*, *abuse*, *misuse* innebar olika referensramar i olika länder. Att få fram relevanta artiklar blev tidskrävande då de från början inte uppfyllde syftet, vilket därför utefter artikelsökning fick justeras flera gånger. Vissa artiklar fanns inte att tillgå kostnadsfritt och valdes då bort, vilket kan innebära att relevant aktuell forskning missats. Många artiklar var skrivna av samma författare och visade liknande resultat vare sig de var nyare eller äldre.

11 artiklar valdes för analysarbetet, både kvantitativa och kvalitativa, vilket ses som en styrka och bredd. Artiklarna kommer från Europa och USA, vilket vi valde att begränsa oss till eftersom deras kultur liknar den svenska. Det kan ses som en svaghet att endast vissa områden i världen är representerade. Det hade varit intressant att studera hur alkoholprevention bedrivs i andra länder med annan folkhälsa, kultur, och samhällsstruktur. Vi anser dock att omfattningen var rimlig för ett examensarbete på kandidatnivå. Analysarbetet innebar svårigheter i att särskilja framkomna teman då de gick in i varandra vilket medförde att de ändrades flera gånger efter ytterligare granskning av artiklarna.

Det slutgiltiga syftet besvarades i resultatet, vilket kan anses en styrka i litteraturstudien.

Det hade varit intressant att göra en intervjustudie för att undersöka vilka metoder sjuksköterskan använder i hälsosamtalet i dagens primärvård i Sverige. Fördel med en litteraturstudie är dock att få en större grund och bredd både nationellt och internationellt.

Vi hade en viss förförståelse för ämnet när vi började detta examensarbete då vi arbetar med hälsosamtal, där det ingår att fråga om alkoholvanor. Vi har till viss del använt de metoder som framkommit i studien. Vi hade som förhoppning att finna ytterligare metoder i de internationella studierna. Nu fick vi snarare bekräftat det som vi anade. Vi har sett det som en styrka att få fördjupa oss i ämnet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie är att finna förutsättningar och metoder för sjuksköterskan att uppmärksamma alkoholvanor i hälsosamtalet inom primärvården. Många sjuksköterskor tycker det är svårt att ta upp frågan om alkohol då det finns risk att kränka eller skada relationen med patienten (Geirsson et al. 2005, ss. 388-393). Utav Sveriges vuxna befolkning har cirka 13 % av kvinnorna och 20 % av männen ett riskbruk av alkohol enligt Folkhälsomyndighetens årsrapport 2014. Detta innebär att många människor löper risk att få skador på sin hälsa och sjukdom till följd av sin alkoholkonsumtion utan att själva vara medvetna om detta. Att identifiera ohälsosamma alkoholvanor i primärvården är således en angelägen uppgift i Sverige och även globalt, enligt resultat i analyserade artiklar.

I detta resultat framkommer att i en stor studie gjord av Holmqvist et al. (2008, ss. 301-314) tycker 80 % av sjuksköterskorna det är viktigt att fråga patienten om alkoholvanor i hälsosamtalet, men att endast 28 % gör det. De föredrar att tala om andra levnadsvanor istället. 17 % av sjuksköterskorna ställde aldrig frågan på grund av patientens negativa inställning, medan sjuksköterskorna i undersökningen gjord av Jonsson et al. (2013, ss. 4-8) uppfattar att patienterna tyckte det kändes bra att få diskutera alkoholvanor. Förväntningarna verkar gå isär både hos patienter och sjuksköterskor. Hur kan detta komma sig? Våra funderingar är, vad är det som gör sjuksköterskan rädd att skada patientrelationen och mista förtroendet och tilliten i den så viktiga vårdrelationen som skapas mellan patient och sjuksköterska att de undviker att ta upp frågan om alkoholvanor i hälsosamtalet, trots att det kan främja hälsa och motverka ohälsa.

Flera studier i vårt resultat visar att MI-metodiken är ett effektivt sätt för att öka motivation hos patienten vid förändring av levnadsvanor. Sjuksköterskorna tycker samtalsmetodiken är stimulerande och en värdefull metod att använda i hälsosamtalet. Samtidigt är det en metod som kräver kunskap och praktiskt utövande. Holm-Ivarsson anser att metodiken är bra att använda inom primärvården när patientens livsstil ska diskuteras, hälsa främjas och ohälsa förebyggas (Holm Ivarsson 2014, ss. 128-147). Det är viktigt att ta reda på vad patienten själv vet om ämnet och ställa öppna frågor. Det kan vara effektivt att knyta an alkoholvanor till patientens symtom och få patienten att se ett samband mellan alkohol och besöksorsak anser Wåhlin (2009, ss. 2289-2292). Om sjuksköterskan möts av motstånd i hälsosamtalet, anser han att en dryckesdagbok så kallad alkonacka kan vara bra att lämna ut, vilket innebär att patienten själv kan räkna ut

sin veckokonsumtion. Det väsentliga är att patienten själv blir medveten om sina alkoholvanor och reflekterar över dem.

Socialstyrelsen gav 2011 ut *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* för att underlätta det dagliga hälsoarbetet. Vår reflektion är att implementeringen har gått trögt och inte haft den framgång man hoppats på. Svensk sjuksköterskeförening är engagerad i ett projekt för stöd till införande av riktlinjerna i verksamheten. All hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha kunskap om och känna sig trygga med att ställa frågor, erbjuda åtgärder och vid behov hänvisa vidare (SSF 2014). Detta belyses även i vår litteraturstudie.

Resultatet påvisar vidare att användning av screening kan vara ett bra sätt för att inleda ett alkoholsamtal. Det finns flera typer av screening som tidigare beskrivits, men i Sverige är det AUDIT och den förkortade versionen AUDIT-C, som Socialstyrelsen förordar (se bilaga 3 och 4). Flera studier påvisar att det är en säker metod som indikerar riskbruk, beroende och missbruk (Frank et al. 2008, ss 781-887; Gomez et al. 2006, ss 558-561). I dagsläget får primärvården i Västra Götalandsregionen ekonomisk ersättning om AUDIT dokumenteras i patientjournalen att den används. Det är också ett sätt att se hur ofta den används i patientmötet. Kan denna ekonomiska ersättning vara en ”morot” för implementering?

Det hävdas ofta att tid är en bristvara till allt som hälso- och sjukvården är ålagda att göra. Resultatet visar att 93 % av sjuksköterskorna anger tidsbrist som orsak till att inte diskutera alkoholvanor vilket också Jonsson et al. (2013, ss 4-8) bekräftar. AUDIT och AUDIT-C tar dock bara några minuter att genomföra. Lock et al. (2008, ss 426-439) och Kaner et al. (2013) visar i sina undersökningar om kort intervention, att det inte är längden på alkoholsamtalet som har effekt, utan det väsentliga är att sjuksköterskan tar upp frågan om alkoholvanor överhuvudtaget. Denna kunskap är viktig att sprida till ledare samt sjuksköterskor inom primärvården eftersom det är tids- och kostnadseffektivt.

I vår studie framkommer att sjuksköterskan anser att kunskap om alkohol och dess effekter på hälsan, metoder för datainsamling och samtalsteknik är en förutsättning för att genomföra ett samtal om alkohol. Enligt Fossum (2013, ss. 30-46) är ett bra förhållningssätt och gott bemötande väsentligt för att patienten ska känna trygghet och tillit för att kunna ta kommandot över sin egen hälsa och motverka ohälsa. Sjuksköterskan ska vara öppen och följsam och möta patienten med respekt där hon eller han befinner sig i sin livsvärld (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003, s. 49).

I Riskbruksprojektet som pågick 2004-2010 fick sjuksköterskorna kontinuerlig utbildning i metoder och samtalsteknik, vilket ökade deras motivation och mångfacetterade hållning som anpassades efter kultur och förutsättningar på mottagningen (Nielsen et al. 2011, ss. 3609-3627). Dock är vår känsla att implementeringen möter svårigheter att genomföras sen projektet avslutades. En orsak kan vara personalomsättning och att information och kunskap ej förts vidare till nya medarbetare.

Preventionsparadoxen visar att om åtgärder sätts in på den stora gruppen patienter som har en låg till måttlig risk (riskbruk) att få framtida skador av alkohol, istället för den

lilla gruppen med missbrukskonsumtion, när man störst minskning av ohälsa/sjukdom i befolkningen (Romelsjö & Bendtsen 2008, s. 60). Redan 1998 kom en studie av Lindholm (1998, ss. 47-56) som visade att kort rådgivning i primärvården var mycket kostnadseffektivt. Lindholm fann att om cirka 1 % av patienterna gör bestående förändringar av sina alkoholvanor, sparas cirka 10 % av vårdens resurser. Sjuksköterskans hälsosamtal i primärvården är ett ypperligt tillfälle att uppmärksamma och identifiera riskbrukspatienter, så att de själva kan påverka sin situation och förändra sina levnadsvanor innan bestående skada uppstår. Detta viktiga förebyggande arbete utgår från såväl sjuksköterskans kompetensbeskrivning som ICN:s etiska kod.

SLUTSATSER

Slutsatserna som författarna kommit fram till i denna litteraturstudie är att det under många år forskats och studerats hur patientens alkoholvanor uppmärksammas i ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande möte i primärvården. Det finns flera metoder som är väl beprövade och effektiva men används inte på grund av kunskaps- och tidsbrist.

AUDIT, AUDIT-C, kort intervention och MI-samtal är exempel på bra metoder i hälsosamtalet. Metoderna är självskattande och svaren är subjektiva, vilket kan leda till både över- och underdiagnostik, men det viktiga är att patienten själv reflekterar över sina alkoholvanor och sin hälsa.

Förutsättningar som sjuksköterskan saknar är brist på faktakunskaper om alkohol och metoder, planerade strukturerade samtal och uppföljning. Detta kan leda till att sjuksköterskan undviker att ta upp alkoholfrågan med patienten. Forskning visar att det inte är hälsosamtalets längd som är viktigast, utan det viktiga är att fråga om patientens alkoholvanor.

Författarna vill med detta arbete visa att sjuksköterskan kan arbeta hälsofrämjande och förebyggande med enkla metoder och göra förändringar i hälsosamtalet vad gäller patientens alkoholvanor, om förutsättningar skapas såsom information och kunskap.

Kliniska implikationer för sjuksköterskan

- Ett kort samtal på några minuter om alkoholvanor kan ha lika god effekt som ett längre. **VIKTIGAST** är att fråga överhuvudtaget.
- Skaffa kunskap om metoder/aktuellt material att använda i hälsosamtalet. Kunskapsstöd kan hämtas på primärvårdens hemsida, socialstyrelsens nationella riktlinjer med flera.
- Att använda AUDIT och alkonacka kan vara ett sätt att inleda samtalet.

Förslag på vidare forskning

Mer forskning önskas angående attityder och tankar hos chefer och politiker inom hälso- och sjukvården om sjuksköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete med alkohol inom primärvården.

REFERENSER

- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. Ingår i M, Granskär & B, Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 203-219.
- Babor, Thomas F., Higgings-Biddle, John C., Saunders, John B. & Monteiro, Maristela G. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Disorder Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal-MI*. Lund: Studentlitteratur.
- Beckham, Nancy. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, ss. 103-110.
- Bendtsen, P., Holmqvist, M. & Johansson, K. (2007). Implementation of computerized alcohol screening and advice in an emergency department – a nursing staff perspective. *Accident and Emergency Nursing*, (15), ss. 3-9.
- 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), ss. 1208-1217.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, ss. 3322-3330.
- CAN Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysning. www.can.se Hämtad 2014-09-15.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*, Stockholm: Natur & Kultur.
- Folkhälsomyndigheten www.folkhalsomyndigheten.se/alkohol Hämtad 2014-12-01.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation Samtal och bemötande i vården* Lund: Studentlitteratur.
- Frank, D., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Kivlahan, D. R. & Bradley, K. A. (2008). Effectiveness of the AUDIT-C as a Screening Test for Alcohol Misuse in Three Race/Ethnic Groups. *Society of General Internal Medicine*, 23:6, ss. 781-787.
- Friberg, F. (red.) (2006). Att göra en litteraturöversikt. Ingår i F, Friberg (red.), *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Geirsson, M., Bendtsen, P., & Spak, F. (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol & Alcoholism*, 40(5), ss. 388-393.
- Gomez, A., Conde, A., Santana, JM., Jorin, A., Serrano, IM & Medina, R. (2005) The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in elderly. *Aging & Mental Health*. September 2006; 10(5), ss. 558-561.
- Holm Ivarsson, B. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder-samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Johansson, K., Bendtsen, P., & Åkerlind, I. (2002). Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol & Alcoholism*, 37(1), ss. 38-42.

Jonsson, Å., Ottosson, S., Berndtsson, I. (2012) "Jag vet inte vad jag ska göra med svaret..." En intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter av att samtala med patienter om alkohol. *Vård i Norden* 3/2013 109:33, ss. 4-8.

Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, .P, Gilvarry, E., Godfre, C., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrot, S., Perryman, K., Phillips, T., Sheperd, J., & Drummond, C. (2013). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal* 346:E8501

Lindholm, L. (1998). Alcohol advice in primary health care—is it a wise use of resources? *Health Policy* Jul; 45 (1), ss. 47-56.

Lock, C.A., Kaner, E., Heather, N., Dought, J., Crawshaw, A., McNamee, P. & Pearson, P. (2006) Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. May; 54(4), ss. 426-439.

Nationalencyklopedin (2014). www.ne.se/alkohol Hämtad 2014-09-15.

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

Nilsen, P., McCambridge, J., Karlsson, N., & Bendtsen, P. (2011). Brief interventions in routine healthcare: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. *Addiction Research Report*. 106, ss. 1748-1756.

Rommelsjö, A. & Bendtsen, P. (2008). Att förbättra alkoholvanor. Ingår i Orth-Gomér, K., Perski, A. (red) *Preventiv medicin. Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB. ss. 49-76.

Rosengren, A-L. (2013). Hälsa. Ingår i Wiklund Gustin, L. & Bergbom I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. ss. 230-235.

Segesten, K. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. Ingår i F, Friberg (red.) *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur. ss. 97-104.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-10-25 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.

SoRAD Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning. www.sorad.su.se Hämtad 2014-09-15.

Statens folkhälsoinstitut. *Alkohol. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund 2011, R2011:16.

Stoner, S.A., Mikko, A.T. & Carpenter, K.M. (2014). Web-based training for primary care providers on screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol, tobacco and other drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment* xxx-xxx.

Svensk författningssamling, SFS 2010:1622 Alkohollag.

Svensk författningssamling, SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande Arbete*.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2013). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wåhlin, S. (2009). Att samtala om alkohol. *Läkartidningen* 37(106) ss. 2289-2292.

Wärnå-Furu, C. (2013). Hälsa. Ingår i Wiklund Gustin, L. & Bergbom I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. ss. 199-211.

Västra Götalandsregionen, Alkohol och andra droger-kunskapsstöd. hämtad 140915 från <http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Alkohol-och-andra-droger---kunskapsstod/Toppmenyval/>

Västra Götalandsregionen, primärvård. *Krav- och kvalitetsbok*. Gällande från och med 1 januari 2014.

Bilaga 1. Sökhistorik

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstract	Valda artiklar	Till resultat
Cinahl	Alcohol drinking	2004-2014 Vuxna	4357			
	Alcohol drinking AND primary care	Peer reviewed Fulltext Engelska språket	70			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurs*		27			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurs* AND brief intervention		3			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurs* AND counselling		2	25	6	1
Medline	Alcohol drinking	2004-2014 Vuxna	14377			
	Alcohol drinking AND primary care	Peer reviewed Fulltext Engelska språket	556			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurs*		28			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurs* AND brief intervention		15			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurs* AND counselling		5	27	5	4

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstract	Valda artiklar	Till resultat
Pubmed	Alcohol drinking	2004-2014	8212			
	Alcohol drinking AND primary care	Vuxna Peer reviewed Fulltext Engelska språket	308			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurse*		22			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurse* AND brief intervention		18			
	Alcohol drinking AND primary care AND nurse* AND counselling		9	33	8	4

Bilaga 2. Översikt över analyserade artiklar

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod och urval	Resultat
Beckham N 2007 Motivational interviewing with hazardous drinkers. <i>Journal of American Academy of Nurses Practitioners</i> USA	Att undersöka effektiviteten av motiverande samtal på patienter med riskbruk av alkohol.	Kvantitativ, randomiserad studie. 86 vuxna patienter screenades varav 32 hade AUDIT \geq 8 poäng. 25 patienter ingick i studien som delades i 2 grupper. Alla genomgick en datainsamling med registrering av antalet dagliga glas samt provtagning av leverenzymet gamma-GT vid 2 tillfällen med 6 veckors mellanrum. Interventionsgruppen fick träffa sjuksköterska för ett motiverande samtal 45-60 minuter direkt efter första datainsamlingen.	Båda grupperna minskade sin alkoholkonsumtion, men interventionsgruppen minskade mer. Det sågs också en signifikant minskning av leverenzymet i blodet.
Bradley, K. DeBenedetti, A Volk, R. Williams, E. Frank, D., Kivlahan, DR. 2007 AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. <i>Alcohol Clinical and Experimental Research</i> USA	Den första studien att jämföra CAGE-enkäten och AUDIT-C som en kort screening hos en primärvårdspopulation i Texas och USA för att upptäcka alkoholriskbruk vilket var mer än 4p.	Kvantitativ, randomiserad studie. 1319 patienter plockades slumpmässigt ut, 33 % av männen och 17 % av kvinnorna uppfyllde kriterierna för alkohol misuse $>4p$	Kort screening av minska ohälsosamt drickande. Enkelt att övervaka patients konsumtion, ökande poäng visar ökad risk för alkoholrelaterade komplikationer, och dödsfall. Lätt att screena olika grupper och använda som information till patienten. Svagheter är att patienten själv rapporterar sin konsumtion och att det är individuellt vad riskbruk är för den enskilde.

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod och urval	Resultat
Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hilding C 2011 Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> Sverige	Att beskriva primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med MI vid livsstilsförändringar.	Kvalitativ studie. 20 av 24 primärvårdssjuksköterskor som utbildats i motiverande samtalsteknik ingick i studien. 13 vårdcentraler var representerade. Sjuksköterskorna intervjuades av en person 40-55 minuter. De hade olika lång erfarenhet utav arbete med livsstilsförändringar av alkohol, tobak, viktproblem.	Metoden är stimulerande, effektiv och krävande. Den bidrar till vägledning och medvetenhet i vårdrelationen och är ett värdefullt verktyg i det hälsofrämjande arbetet.
Frank,D. DeBendetti,A. Volk,R. Williams,E. Kivlahan,DR. Bradley,K 2008 Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. <i>Society of General Medicine</i> USA	Att utvärdera giltigheten av AUDIT-C i olika etniska grupper, både män och kvinnor i akademisk familjepraktik i Texas USA.	Kvantitativ, randomiserad studie. 1445 patienter plockades slumpmässigt ut varav 1292 (90 %) deltog i studien; vita, latino- och afro-amerikaner var de utvalda i grupperna.	Det samlade resultatet av AUDIT-C var ett utmärkt screening-frågeformulär att upptäcka alkoholbruk i olika grad i olika etniska grupper
Gomez,A. Conde,A. Santana, JM. Jorrin,A. Serrano,IM. Medina,R. 2005 The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in elderly <i>Aging & Mental Health</i> Spanien	Att upptäcka om det är någon skillnad att använda AUDIT och AUDIT-C i en befolkning över och under 65 år för att uppmärksamma alkohol riskbruk/missbruk.	Kvantitativ studie med 602 patient som delades in i 2 grupper. Yngre och äldre än 65 år i primärvården på Gran Canaria.	AUDIT o AUDIT-C var bra för att upptäcka riskbruk av alkohol hos befolkningen både över och under 65 år. Det var ingen skillnad gällande känslighet och specificitet mellan de båda grupperna.
Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Rommelsjö A, Geirsson M, Nilsen P 2008 Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. <i>Addictive Behaviors</i> Sverige	Undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor och läkare i primärvården frågar patienter om alkoholvanor, deras skäl för och emot detta, hur de upplever det och faktorer som kan underlätta att diskutera alkohol.	Kvantitativ studie. 5677 sjuksköterskor o 3845 läkare med receptförskrivning fick en postenkät. Svars-frekvensen var 55 % för sjuksköterskor o 47 % för läkare. Enkäten bestod av 23 frågor, varav 7 användes till denna studie.	50 % av allmänläkarna och 28 % av sjuksköterskorna uppgav att de ofta frågade om alkoholvanor pga att det ingick i rutinerna eller det fanns misstanke om alkoholproblem hos patient. 93 % av sjuksköterskorna uppgav tidsbrist som en orsak att inte fråga om alkohol.

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod och urval	Resultat
Jonsson Å, Ottosson S, Berndtsson I 2013 ”Jag vet inte vad jag ska göra med svaret...” En intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter av att samtala med patienter om alkohol. <i>Vård i Norden</i> Sverige	Att belysa distriktssköterskornas erfarenheter av att samtala med patienter om alkoholrelaterade frågor	Kvalitativ studie. 8 distriktssköterskor på 3 vårdcentraler ingick. De hade arbetat som sjuksköterskor 10-37 år, som distriktssköterskor på vårdcentral i 3-14 år. Författarna intervjuade 4 var. En intervju tog 20-50 minuter, spelades in, sammanfattades o kodades. Likheter o olikheter jämfördes vilket blev flera teman.	Distriktssköterskorna fann det viktigt med trygghet i sin arbetsituation, bra riktlinjer och rutiner för att samtala om alkohol. Personliga värderingar till alkohol inverkade på samtalen.
Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, Gilvarry E, Godfrey C, Heather N, MYles J, Newbury-Birch D, Oyefeso A, Parrot S, Perryman K, Phillips T, Sheperd J, Drummond C. 2013 Effectiveness of brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. <i>British Medical Journal</i> Storbritannien	Att utvärdera effektiviteten av kort rådgivning och screening hos patient med riskabla och skadliga alkoholvanor.	Kvantitativ, randomiserad studie. 3562 patienter plockades slumpmässigt ut varav 2991 valde att vara med i studien. 900 hade AUDIT ≥ 8 poäng och delades in i 3 grupper. Grupp 1 fick en broschyr med alkoholråd, grupp 2 broschyr+5 minuters kort rådgivning, grupp 3 broschyr+5 minuters kort rådgivning+20 minuters uppföljning om livsstilsförändringar efter 2 veckor.	Uppföljning skedde 6 och 12 månader efter starten av studien. Alla grupper minskade sin alkoholkonsumtion, men det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.
Lock CA, 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. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Storbritannien	Att utvärdera effekten och kostnadseffektiviteten av sjuksköterskeledd screening och kort rådgivning för att minska alkoholkonsumtionen hos patient i primärvården.	Kvantitativ, randomiserad studie. 515 patienter på 49 mottagningar screenades. I studien ingick totalt 127 patienter på 40 mottagningar i Storbritannien. 67 patienter fick 5-10 minuters strukturerad rådgivning om alkohol, rekommenderade dryckesnivåer, alkonacka mm av sjuksköterska. Kontrollgruppen fick allmänna råd o en broschyr.	Uppföljning skedde efter 6 och 12 månader genom screening. Båda grupperna hade minskat sin alkoholkonsumtion, men det fanns ingen skillnad grupperna emellan. Många sjuksköterskor hoppade av studien, så resultatet fick inte den genomslagskraft som önskades.

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod och urval	Resultat
<p>Nilsen P, McCambridge J, Karlsson N, Bendtsen P 2011 Brief interventions in routine healthcare: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. <i>Addiction Research Report.</i> Sverige</p>	<p>Att undersöka hur kort rådgivning vid alkoholvanor kan användas i svensk primärvård.</p>	<p>Populationsbaserad, kvantitativ studie. 6000 vuxna personer tillfrågades, varav 54 % svarade att de ville ingå i studien. Ett frågeformulär bestående av 27 frågor angående sociodemografi, hälsorelaterade frågor, alkoholkonsumtion, dryckesmotiv, motivation till förändring av dryckesmönster, medvetenhet o kunskaper om riskbruk o sekundärprevention av alkohol skickades och 15 besvarade frågor användes till denna studie.</p>	<p>66 % av patienterna i studien hade besökt sin vårdcentral sista året. 20 % av dessa hade haft ett eller flera samtal om alkohol, varav 12 % minskade sin konsumtion. Korta samtal 1-10 minuter samt råd hur minskningen skulle ske var mest effektivt.</p>
<p>Stoner S. A., Mikko, A. T, Carpenter, KM. 2014 Web-based training for primary care providers on screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol, tobacco and other drugs. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> USA</p>	<p>Att ta fram ett web-baserat utbildningsprogram för sjuksköterskor, läkare och läkarassistenter som arbetar med alkohol-, tobak- och annan drogprevention och jämföra effektiviteten av detta med online-böcker.</p>	<p>Kvantitativ randomiserande studie. Det skickades via e-post ut förfrågan till 3000 läkare, sjuksköterskor och läkarassistenter om deltagande och 161 personer tackade ja. 22 % var sjuksköterskor. De delades in i 2 grupper. Försöksgruppen fick lära sig fakta om drogen, motiverande samtal, screening och kort intervention. Kontrollgruppen blev hänvisade till en webbplats med länkar till utbildningsmaterial.</p>	<p>Båda grupperna ökade sin kunskap, självsäkerhet och klinisk användning efter studien. Undersökningsgruppen var efteråt mer nöjd och positiv till att arbeta med prevention.</p>

Bilaga 3. Frågeformulär AUDIT

AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

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

Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR

MAN

KVINNA

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

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.

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

Bilaga 4. Frågeformulär AUDIT-C

AUDIT C

Namn: _____

Personnr: _____

1. Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig (fyll ej i följande frågor) (0)
- 1 gång i månaden eller mer sällan (1)
- 2-4 gånger i månaden (2)
- 2-3 gånger i veckan (3)
- 4 gånger per vecka eller mer (4)

2. Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1-2 (0)
- 3-4 (1)
- 5-6 (2)
- 7-9 (3)
- 10 eller fler (4)

3. Hur ofta dricker du (kvinna) 4 eller (man) 5 glas eller mer vid samma tillfälle?

- Aldrig (0)
- Mer sällan än en gång i månaden (1)
- Varje månad (2)
- Varje vecka (3)
- Dagligen eller nästan varje dag (4)

Ett glas definieras som ett av följande:



AUDIT C Riskbruk ≥ 4 poäng (man), ≥ 3 poäng (kvinna)

AUDIT C är de tre första frågorna i AUDIT.

Källa: Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J & Monteiro MG (2001): AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. Geneva: WHO