



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

### Predefinert informasjon

Startdato:	18-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	01-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 HELS-OPPG 1 O-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

### Deltaker

Kandidatnr.:	207
--------------	-----

### Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Hva er det helsepersonell synes er vanskelig med samtaler om alkohol og helseskade? -en kvalitativ metasynthese
Antall ord *:	29847

Egenerklæring \*: Ja      Inneholder besvarelsen Nei  
konfidensielt  
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

**Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Hva er det helsepersonell synes er vanskelig med samtaler om alkohol og helseskade?

En kvalitativ metasyntese

What do healthcare professionals find difficult about conversations regarding alcohol and health problems?

A qualitative metasynthesis

**Sølvi Bakkevig**

Klinisk helse- og omsorgsvitenskap  
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap  
Veileder Frode Skorpen  
1. juni 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Det å begynne på studiet i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap var å bli kjent med et annet type språk og forståelse enn det jeg var kjent med fra før. Som sykepleier er emnene i studiet kjente for meg, men perspektivet for dette studiet var vanskelig å få grep om. Det var et omfattende arbeid å lese seg inn i forståelsen av fagets ontologiske aksiomer og forstå dets etos. Under det videre arbeidet med kjernebegrep og grunnbegrep begynte dybdene i delene å gjøre faget til en større helhet med en ny forståelse. Min personlige vekst og læring i denne prosessen har vært det som har drevet meg fremover. Det å virkelig kunne se mennesket og verden med det perspektivet som helse- og omsorgsvitenskapen lærer har vært veldig berikende.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og tidkrevende prosess. Nå nærmer jeg meg slutten og ser tilbake på en slitsom, men først og fremst veldig lærerik tid. Det har vært utfordrende å få nok studietid i tillegg til full jobb så det er godt å være i mål. Noe av det viktigste jeg tar med meg er kompetanse til å innhente forskningsbasert kunnskap og implementere den i klinisk praksis. I en travel jobbhverdag har det vært givende å få mulighet til å fordype seg i et prosjekt over tid.

Jeg vil gjerne takke lærerne på studiet i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap for undervisning og veiledning frem mot ferdig masteroppgave. Stor takk til Frode Skorpen som har veiledet meg gjennom dette omfattende arbeidet og til Kari Marie Torkildsen som oppmuntret meg i den frustrerende starten. Andre gode støttespillere i arbeidet med masteroppgaven har vært de ansatte på HVL sitt bibliotek. De har vært til uvurderlig hjelp, særlig med metodelitteratur og i søkeprosessen. Tusen takk også til familien min som har heiet på meg til å fullføre masterarbeidet.

Sevland, mai 2021

Sølvi Bakkevig

## Sammendrag

**Formål:** Det bør være kjent kunnskap at alkohol fører til helseskade. Det at helsepersonell snakker med mennesker om deres alkoholvaner kan bidra til bevisstgjøring slik at de kan ta informert valg om risiko. Med dette som utgangspunkt er denne studiens formål å undersøke, kritisk vurdere og syntetisere kvalitative forskningsartikler som belyser barrierer helsepersonell møter i forhold til samtaler om alkoholvaner.

**Teoretisk forankring:** Det teoretiske perspektivet har sin forankring i helse- og omsorgsvitenskapen. Studien har en hermeneutisk forståelse.

**Metode:** Denne kvalitative metasyntesen omfatter systematiske litteratursøk i relevante vitenskapelige databaser. Det ble også inkludert studier fra manuelle søk. Relevante forskningsartikler ble identifisert ved hjelp av utarbeidede inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter kritisk vurdering ble 11 studier inkluderte i syntesen.

**Resultat:** Studien viser at helsepersonell opplever mange barrierer for å snakke med pasientene om alkohol. Analysen gav seks hovedfunn for de utfordringene som helsepersonell beskriver knyttet til forskningsspørsmålet. Det handler om at alkohol oppleves som et sensitivt tema på flere måter, det handler om opplevelse av stigma og skam og om stereotype holdninger. Barrierer i forhold til alkohol som kultur, kunnskapsbehov og mangel på tid og ressurser ble også identifisert.

**Konklusjon:** Søkelys på hvilke barrierer helsepersonell beskriver kan føre til at innsats kan settes inn på disse områdene. Ved at det snakkes klart og kunnskapsbasert om alkoholens relevans for helsen kan dette bidra til en endring i folk flest sin forståelse av helseskader relatert til alkohol.

## Abstract:

It should be common knowledge that alcohol leads to health problems. When healthcare professionals are talking about people's alcohol habits it can help raise awareness and help them make informed choices about risk. With this as a starting point, the purpose of this study is to examine, critically evaluate and synthesize qualitative research articles that shed light on barriers health professionals encounter in relation to conversations about alcohol habits and health problems.

Theoretical perspective: The theoretical perspective is founded in health- and caring science. The study has a hermeneutic perspective.

Method: This qualitative meta synthesis includes systematic literature searches relevant scientific databases. Studies from manual searches were also included. Relevant research articles were identified using prepared inclusion and exclusion criteria. After critical evaluation, 11 studies were included in the synthesis.

Results: The study shows that healthcare professionals experience many obstacles to conversations about alcohol. The analysis provided six main findings for the challenges that health professionals describe related to the research question. It's about alcohol being perceived as a sensitive topic in several ways, it's about the experience of stigma and shame and about stereotyped attitudes. Alcohol as culture, needs for more knowledge, and lack of time and resources were also identified.

Conclusion: Focusing on the barriers that health professionals describe can lead to efforts being made in these areas. By speaking clearly and evident based about the relevance of alcohol to health, this can contribute to a change in most people's understanding of health problems related to alcohol

## Innhold

1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn og forforståelse.....	2
1.2 Tidligere forskning .....	3
1.3 Studiens hensikt og mål .....	4
1.4 Problemstilling og begrepsavklaring .....	5
1.5 Studiens oppbygging .....	5
2. Teoretisk forankring og bakgrunnskunnskap .....	6
2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv, en hermeneutisk forankring .....	6
2.2 Omsorgsvitenskap, caring science .....	7
2.2.1 Omsorgsvitenskap som ontologisk begrep.....	8
2.3 Helsefremmende samtaler, caring communications .....	9
2.4 Verdighet og skam.....	12
2.5 Helse og lidelse .....	13
2.6 Alkoholbruk i samfunnet .....	15
2.7 Hvorfor må vi snakke om alkohol?.....	17
2.8 Alkoholens betydning for helseskader .....	18
3.0 Metode.....	19
3.1 For-forståelse .....	19
3.2 Vitenskapelig forankring .....	20
3.3 Forskningsdesign. Metasyntese som metode .....	21
3.4 Kvalitativ metasyntese .....	22
3.5 Etske overveielser.....	23
3.6 Søkestrategi .....	24
3.6.1 Skjema for søkestrategi .....	25
3.6.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	26
3.7 Betragtninger over inkluderte artikler .....	29
3.8 PRISMA, flytskjema. En oversikt over utvelgelsen av studiene .....	30
3.9 Presentasjon av studiene .....	31

3.10 Presentasjon av primærstudienes hensikt og hovedfunn. ....	33
4.0 Analyse og syntese .....	36
5.0 Resultat.....	50
5.1 Sensitivt tema.....	50
5.1.1 Sensitivt tema .....	50
5.1.2. Vil ikke skade relasjonen.....	52
5.1.3 Alkohol er et privat anliggende .....	54
5.1.4 Helsepersonell er redd for negative reaksjoner .....	55
5.1.5 Ønsker ikke å oppfattes som moraliserende .....	56
5.2 Stigma og skam .....	58
5.2.1 Pasienten underrapporterer.....	58
5.2.2 Skyld og skam .....	59
5.3 Stereotype holdninger.....	61
5.3.1 Helsepersonells egne holdninger til pasientene .....	61
5.3.2 Vanskelig å ta opp med øvre lag av folket .....	63
5.4 Alkohol som kultur.....	65
5.4.1 Legen eller sykepleierens egne holdninger til alkohol, hva er normalt .....	65
5.5 Kunnskapsbehov .....	67
5.5.1 Mangler kunnskap om alkohol og helse .....	67
5.5.2 Mangler kunnskap eller ferdigheter til å gjennomføre samtaler .....	69
5.6 Tid og ressurser .....	72
5.6.1 Behandling kontra forebygging.....	72
5.6.2 Mangler tid og ressurser .....	73
5.6.3 Komplekst tema.....	74
6.0 Diskusjon .....	76
6.1. Sensitivt tema .....	76
6.2. Stigma og skam .....	78
6.3. Stereotype holdninger.....	81
6.4. Alkohol som kultur .....	83



6.5. Kunnskapsbehov .....	85
6.6. Tid og ressurser .....	88
7.0 Metodediskusjon .....	90
7.1 Validitet i metasyntesen .....	91
8.0 Konklusjon .....	94
8.1 Relevans .....	94
8.2 Anbefaling for praksis .....	95
8.3 Videre forskning .....	95
Referanser: .....	96
Vedlegg .....	101

## 1.0 Innledning

Innledningen gir begrunnelse for valg av tema. Her presenteres min bakgrunn og forforståelse, tidligere forskning, politiske føringer og hensikt og mål med studien. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål blir presentert, og til slutt i kapittelet beskrives studiens oppbygging.

Det er de siste årene en økende oppmerksomhet angående alkoholens betydning for helsen. Fordi det er så vanlig å drikke alkohol er det viktig å formidle kunnskap om sammenhengen, slik at folk selv kan vurdere helserisiko opp mot egne positive opplevelser med alkohol. En rekke negative antagelser om hvem som kan ha negative helseeffekter knyttet til alkohol, gjør at tema oppleves som vanskelig å snakke om. Denne studien avdekker flere hinder som helsepersonell beskriver, angående hva som gjør at de synes det er utfordrende å snakke med pasientene om alkoholvaner.

God kvalitet på helsetjenestene forutsetter at pasientene møtes med evidensbasert kunnskap. Det er gjort mye forskning internasjonalt som viser de store konsekvensene alkohol har for helse og livskvalitet i samfunnet (Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Gakidou, E., 2018, s. 1015- 1035). I Norge er alkohol en av de viktigste risikofaktorene for dødelighet og tap av friske leveår (Folkehelseinstituttet,2019a). Det er ikke gitt klare svar på hvordan helsepersonell best kan fange opp og håndtere underliggende rusvaner ved helseproblemer, og det er nasjonalt og internasjonalt stor oppmerksomhet rundt denne problemstillingen. Med dette som bakgrunn søker denne studien å bidra til at det snakkes mer om alkohol. Det er tankevekkende at mens røykere gjerne får helsekonsekvensen tydelig forklart, så brukes ikke tilgjengelig kunnskap om alkohol i samme grad. Dersom pasienten ikke åpenbart har et alkoholproblem lar helsepersonell gjerne spørsmålet ligge.

Leger og sykepleiere må innrette seg blant annet etter helsepersonelloven (1999, § 1). Denne lovteksten starter med formålet. Den skal «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten». Videre skal «helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes» (§ 4). Her beskrives altså en forventning om at helsepersonell som følge av sin offentlige godkjenning, skal utføre sitt arbeid ikke bare med faglighet, men også sørge for tillit og omsorgsfull hjelp. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere snakker også om dette blant annet i punkt 2, der det står at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Her ser vi at noen av omsorgsvitenskapens sentrale begreper, verdighet og omsorg, anvendes. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer snakker også om plikten til å gi informasjon i punkt 2.5: «Sykepleierne fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått». Sykepleiere har i tillegg et personlig ansvar for å holde seg oppdatert om forskning og utvikling på eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes (NSF, 2019).

## 1.1 Bakgrunn og forforståelse

Da jeg startet på denne masteroppgaven jobbet jeg som sykepleier i spesialist helsetjenesten med rusproblematikk og psykisk helse. Der ble det forberedt et prosjekt for kartlegging av rus i forbindelse med innleggelse for somatiske helseskader på sykehusene og i den forbindelse valgte jeg problemstilling for oppgaven. Alkohol er årsak til betydelige helseproblemer i befolkningen og det er ikke skarpe skiller mellom bruk og skadelig bruk (Folkehelseinstituttet, 2019a). En artikkel av Helsedirektør Bjørn Guldvog og Linda Granlund publisert i Aftenposten (2019), hadde overskriften: «Vi må snakke om alkohol». Jeg har lånt denne overskriften og brukt den som tema for denne masteroppgaven. Det er på tide at vi ikke bare snakker om andre risikofaktorer for helsen, men at vi også snakker sant om alkohol og dens relevans for helsen.

Jeg har lenge undret meg over at samtaler om alkoholbruk er et så problematisk tema. Alkohol er vårt vanligste og eneste lovlige rusmiddel så for de fleste pasientene er alkohol relevant. Min erfaring er at det i liten grad blir snakket med pasientene om alkoholbruk, og hvis det blir tatt opp så er det i vage termer. Bare når pasientene åpenbart har en alkoholbrukslidelse snakkes det tydelig om. Også på vaktrommet virker det å være veldig liten aksept for å ytre noen som helst motforestillinger mot alkohol som en selvfølgelig del av sammenkomster av ulike slag. De fleste liker, og opplever glede med en moderat bruk av alkohol. Men hvorfor er det så vanskelig å snakke høyt om de problematiske sidene ved alkoholen? Jeg husker den store motviljen i samfunnet da Dagfinn Høybråten innførte røykeloven, og hvor krenket folk ble da tidligere treningsguru og TV-personlighet Kari Jaquesson sa at det er vel bare til å ta på seg joggeskoene og komme i gang. Det er nå allment kjent og akseptert å snakke om helseskade relatert til røyking og inaktivitet, men alkoholbruken i samfunnet og alkoholrelaterte helseskader virker det ikke som vi orker å snakke om ennå.

Tidlig i prosessen med denne studien måtte jeg finne ut om dette bare var min egen opplevelse eller om det var et reelt problem. Jeg begynte med enkle søk i Google og fant at fagfolk var opptatt av dette. Det er også gitt sentrale politiske føringer til somatiske sykehus angående å fange opp og behandle underliggende rusproblem hos folk som ikke har en kjent ruslidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 8). Etter drøfting med veileder bestemte jeg meg for å jobbe videre med emnet. Jeg har allikevel måttet jobbe en del med meg selv i forhold til tema. Jeg er nok urolig for at dette tema er ømtålig og kan vekke motstand hos leseren. Å nyte alkohol er forbundet med glede og hygge, og drøfting av bruk kan derfor oppfattes som unødvendig moralisering. Håpet er derfor å klarer å formidle kunnskap på en måte som kan tas imot hos leseren uten at det vekker motstand og avvisning av tema.

## 1.2 Tidligere forskning

I prosessen med artikkelsøk til studien fant jeg at det er gjort en del forskning angående samtaler om rus og helsepersonells erfaring med dette. Det var allikevel utfordrende å finne

aktuelle kvalitative forskningsartikler som kunne brukes i en syntese. De fleste forskningsartiklene var enten kvantitative eller tok for seg spesifikke grupper. Det var derimot mye tilgjengelig litteratur om skadevirkningene av alkohol og behovet for å nå ut med kunnskap om alkoholens bidrag til helseskader. Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår og er i tillegg årsak til mye sosiale problemer og skader (Folkehelseinstituttet, 2019a). Denne studien bidrar med en syntese av forskning på helsepersonell sin opplevelse av hinder for samtaler om alkohol. Dette gjøres utfra et helse- og omsorgsvitenskapelig perspektiv.

Mange er ikke kjent med at alkohol øker risikoen for mange vanlige kreftformer, som bryst- og tarmkreft. Alkohol har også negativ effekt på både psykisk- og fysiskhelse som hypertensjon, angst, depresjon, søvnvansker, forverring av psoriasis, ulike mage og tarmplager og kirurgiske komplikasjoner, som redusert sårtilheling og infeksjonsfare (Wåhlin & Tønnesen, 2014). Det er derfor en viktig pedagogisk oppgave å snakke med pasienten om alkoholvaner der den kan spille en rolle, selv om det ikke gjelder for alle pasientene. Dersom spørsmålet begrunnes på en god måte, får pasientene nyttig informasjon og nye tanker om tema. Et eksempel på dette ses i folks forståelse av bruk av antibiotika. Dette er et område der informasjon ifra helsepersonell har ført til ny forståelse i samfunnet. Folk flest forstår nå at antibiotika er nyttig når det er brukt rett, men farlig ved feil bruk eller overforbruk.

### 1.3 Studiens hensikt og mål

Hensikten med denne studien er å undersøke kvalitative forskningsartikler og gjøre en syntese av funn som beskriver hva helsepersonell synes er vanskelig med samtaler om alkoholvaner. Målet er å få dypere kunnskap om tematikken, og med det bidra til at helsepersonell gjennomfører samtaler som kan føre til reduksjon av helseskade ved alkoholbruk. Gjennom økt kunnskap om hvilke barrierer helsepersonell beskriver kan kompetanseutvikling rettes mot disse. På sikt kan dette føre til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

## 1.4 Problemstilling og begrepsavklaring

Problemstillingen er en konkretisering av det som undersøkes. Utgangspunktet var «vi må snakke om alkohol». Min studie har fått følgende problemstilling: «Hva er det helsepersonell synes er vanskelig med samtaler om alkohol og helseskader?». Spørsmålet handler altså om helsepersonells opplevelse av hvilke utfordringer de erfarer. Samtalene gjelder pasienter fra det brede lag av folket og ikke særlig rettet mot de som har en kjent ruslidelse.

Med helsepersonell menes her leger og sykepleiere, og annet helsepersonell som er inkluderte i studiene som blir analyserte. Pasienter brukes om den som oppsøker helsetjenestene.

## 1.5 Studiens oppbygging

Så litt om innholdet i denne masteroppgaven. I det neste kapittelet er teorigrunnlaget for studien utdypet. Det hermeneutiske perspektivet forklares slik det betraktes fra omsorgsvitenskapen. I kapittel 3 er metoden og fremgangsmåten for metasyntesen lagt frem. Presentasjon av søkestrategi og funn av de inkluderte studiene finnes også her. Kapittel 4 viser tabellen for analyse og syntese og en matrise for metasummering. I kapittel 5 presenteres resultatene, før jeg i kapittel 6 diskuterer funnene opp mot teorigrunnlaget. I kapittel 7 diskuteres metodevalget mitt og validitet. Studien avsluttes med konklusjon av hva studien har vist i kapittel 8.

## 2. Teoretisk forankring og bakgrunnskunnskap

I dette kapitlet gjøres det rede for oppgavens vitenskapsteoretiske grunnlag og teoretiske perspektiv. I denne studien er hermeneutikken brukt som vitenskapsteori. Teoretisk perspektiv er omsorgsvitenskapen slik den er forklart av Katie Eriksson og Kari Martinsen. Det vil i dette kapitlet bli forklart hva dette innebærer med tanke på grunnleggende forutsetninger og filosofi, og viktige begreper blir forklart. Videre presenteres forskning om alkoholbruk og helseskader, som er det som er utgangspunktet for problemstillingen.

### 2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv, en hermeneutisk forankring

Denne oppgaven har en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk drøfter hva forståelse er, utfordringer knyttet til hvordan vi forstår og fortolker, og hvordan vi går frem for å komme frem til gyldige og nyttige fortolkninger. Hermeneutikken hjelper oss også med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir et emne mening. Det refereres ofte til to typer hermeneutikk, den tradisjonelle hermeneutikken og den filosofiske hermeneutikken. Den førstnevnte er metodeorientert og den neste er opptatt av ontologiske spørsmål. I den tradisjonelle hermeneutikken dreier det seg om korrekt fortolkning av tekster, mens den filosofiske retningen er opptatt av grunntrekk ved mennesker og ontologisk forståelse (Thornquist, 2015, s. 140).

Den hermeneutiske sirkel er et kjent begrep i hermeneutikken. Den hermeneutiske sirkel henviser tradisjonelt til den fortolkningen som skjer i møte mellom tekst og leser. Hermeneutisk tolkning starter alltid med helheten, og derfra tolkes delene. I den hermeneutiske sirkel beveger en seg mellom meningen i delene og helheten i teksten, og alltid i lys av den forforståelsen man har med seg. I den hermeneutiske sirkel får man svar som leder til nye spørsmål, og i denne fortolkningsprosessen belyses et tema på en dypere måte og ny helhetsforståelse kan komme frem (Thornquist, 2015, s. 142).

Den filosofiske hermeneutikken, som Gadamer er en sentral bidragsyter til, ser ikke på hermeneutikk bare som en metode, men som en allmenn teori om forståelse. Vår forståelse forutsetter at vi allerede har forstått noe annet først, vi har en forståelseshorisont og en forforståelse. Vi forstår situasjoner vi møter utfra den helheten vi opplever å være en del av. Dette kalles våre fordommer, og disse fordommene er vi ikke fullt bevisste på. Filosofen Gadamers syn på forholdet mellom spørsmål og svar er også interessant i helseforskning. Å forstå en tekst er å åpne seg for spørsmålet den er et svar på, sier Gadamer. Når vi opplever at en tekst angår oss, er det fordi den henvender seg til oss med spørsmål til vårt eget liv. På den måten kan blant annet, forskerens egen forforståelse påvirkes (Wifstad, 2019).

## 2.2 Omsorgsvitenskap, caring science

Omsorgsvitenskapen handler om alle spørsmål som har med hvordan helse, lidelse og omsorg er for pasienten. Omsorgsvitenskap handler om et helhetlig syn på mennesket og om hvordan man kan lindre lidelse og skape forutsetninger for helse. Omsorgsvitenskapen komplementerer det medisinske vitenskapsperspektivet som beskriver biologiske forandringer, ved at den setter søkelys på den eksistensielle dimensjonen ved å være menneske. Helsepersonell trenger kunnskap fra begge disse vitenskapesområdene for å gi god og omsorgsfull behandling (Ekebergh, 2015, s. 16).

Omsorgsvitenskap som akademisk disiplin har sin egen teoretiske kjerne. Et viktig mål for utvikling av omsorgsteori er å skape idealmodeller for omsorg og ha disse som utgangspunkt for forskning i klinisk arbeid. Omsorgsvitenskapen skal lede fra idealer og teorier til bedre praksis. Teorier er her systematiske og strukturert tanker eller refleksjoner om et fenomen. Det er utviklet et sett med begreper i tilknytning til omsorgsteoriene som gir dypere forståelsen av modellene og fagområdet. Ved hjelp av disse begrepene åpnes det opp for forståelsen av fenomenene som pasienter erfarer og som helsepersonell må forholde seg til. En viktig erkjennelse i denne sammenheng er at vi ser bare det vi har begreper for og begrepene bestemmer hva vi ser. Dette forstås utfra at menneske er språklige og forståelse krever ord (Arman, 2015, s. 281). Viktige begrep i denne oppgaven er helse og lidelse, og



verdighet og skam. Når innholdet i disse begrepene forklares så hjelper det oss å se og forstå disse fenomenene når vi møter dem hos mennesker.

Omsorgsvitenskap omtales med forskjellige benevninger og kalles på engelsk for caring science. Det er også stor variasjon i hvilket perspektiv omsorgsvitenskapen anvendes. I denne studien brukes caring science om selve omsorgen, det vil si om samspillet, interaksjonen og relasjonen mellom omsorgsgiveren og pasienten. Omsorg er i dette perspektivet et moralsk anliggende der målet for omsorgen er å gjenvinne helse, lindre lidelse og bevare menneskers verdighet (Arman, 2015, s. 285).

### 2.2.1 Omsorgsvitenskap som ontologisk begrep

Omsorgsvitenskap som akademisk disiplin er blitt beskrevet som et tre. Et tre består av røtter som representerer disiplinens etos, altså dens indre verdigrunnlag. Stammen og hovedgreinene utgjøres av kjernebegrepene. Kjernebegrepene er: menneske som en enhet, helse, lidelse, omsorg og verden. Grenene utgjøres av universelle grunnbegrep som hører til under hvert kjernebegrep, for eksempel er livskraft og verdighet grunnbegreper under helse. Bladene dannes av praksisbegrepene som er mer spesifikke kliniske fenomener som uttrykk for omsorgsvitenskapens etos eller for kjerne- og grunnbegrepene. Et blad fra grunnbegrepet verdighet kan være stolthet. Denne måten å beskrive omsorgsvitenskapen på ønsker å synliggjøre at nivåene har sammenheng og at praksisbegrepene er relaterte til etos, som er roten. Etos for omsorgsvitenskapen er definert av ontologien til begrepene slik det er beskrevet av teoretikerne (Rehnsfeldt et al., 2017, s. 641- 646).

Finske Katie Eriksson er en av flere viktig teoretiker som har bidratt til omsorgsvitenskapen. Hun utviklet det hun kaller karitativ omsorgsteori og de axiomer, eller grunnleggende forutsetninger, og teser som legger fundamentet for denne teorien. Navnet Karitativ omsorgsteori kommer fra det latinske ordet «caritas», som betyr nestekjærlighet og barmhjertighet og som er det som ses som fundamentet for omsorgen. Et av

hovedperspektivene er at menneske har en iboende verdighet og samtidig et ansvar for å se og lindre andres lidelse (Førland O., Alvsvåg H. & Tranvåg O., 2018).

Kari Martinsen er en norsk teoretiker som er opptatt av det førkulturelle og det ontologiske. Hun er for en stor del påvirket av teologen og filosofen Løgstrup. Martinsens tenkning handler om suverene livsytringer som tillit, åpenhet, barmhjertighet, kjærlighet og glede. Dette er grunnleggende livsforutsetninger som er gitte, og som det fordres av oss å gi rom. Men disse livsytringene kan også begrenses, og da kan mistillit, lukkethet og håpløshet oppstå. Tenkningen handler overordnet om at mennesker er gjensidig avhengige av hverandre (Førland et.al., 2018).

Kjerne- og grunnbegrepene som definerer omsorgsvitenskapen, er ontologiske begrep som sier noe om omsorgens inderste karakter eller hvilket bilde omsorgsvitenskapen har av menneskets vesen. Praksisbegrepene setter ord på kliniske omsorgsfenomen. Omsorgsvitenskapen er hermeneutisk i sitt vesen fordi den hermeneutiske prosessen handler om å kontinuerlig å forsøke å komme til dypere forståelse i en sak. Jo mer helsepersonell forstår av substansen i omsorgsvitenskapen, jo lettere kan vi forstå pasientens uttrykk og bidra til endring. Når helsepersonell møter sårbarheten hos den andre og blir oppmerksom på hva han trenger, kan det oppstå et ontologisk fellesskap. Når dette fellesskapet deles og pasienten kan vise sin sårbarhet med verdigheten intakt, møtes de etiske kravene i situasjonen der helsepersonell er åpen for sin egen livsforståelse. På ontologisk nivå snakker vi om interdependens (gjensidig avhengighet) der vi har den andres liv i våre hender, som Løgstrup ville sagt det (Rehnsfeldt, 2017, s. 287).

### 2.3 Helsefremmende samtaler, caring communications

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*- «å gjøre felles» og er en betegnelse på å overføre informasjon eller kunnskap. Semantisk analyse av begrepet kommunikasjon viser sammenheng til begrepene forbindelse og berøring. Menneskets evne og vilje til å kommunisere er den viktigste forutsetningen både for utvikling som individ og

for utvikling av aktivitet, kultur og samfunn. Kommunikasjon og språk er grunnlaget for å forstå pasientens virkelighet og opplevelse av helse og lidelse. Kommunikasjon kan også ses som et tveegget sverd som ikke bare kan gi gode forutsetninger for å løse konflikter, men som også kan gi opphav til konflikter og spenninger mellom ulike perspektiv.

Omsorgskommunikasjon handler dermed ikke bare om hvordan budskapet formidles mellom avsender og mottaker, men om å lindre lidelse og opprette kommunikasjon i ordets opprinnelige mening, som er dette å gjøre felles. Samtale er et praktisk begrep som knyttes til kommunikasjon, men basert på kommunikasjonsbegrepets sammenheng med forbindelse og berøring ser vi at disse ordene ikke betyr helt det samme. Begrepet kommunikasjon rommer noe om formidlingen i overføringen av informasjon og om hva som skjer når vi gjør noe felles, gjennom en relasjon eller når vi kommer i berøring med noen. Begreper som relasjon, felleskap, berøring og forbindelse har i seg omsorgskvaliteter og det omsorgsvitenskapelige perspektivet. Kommunikasjonens kompleksitet blir tydelig når den ses både som et middel og et mål. Kommunikasjon er det som på ontologisk nivå er omsorg i en samtale og det er dette som sammenfaller med ordets opprinnelse «å gjøre sammen» (Fredriksson, 2017, s. 416-419).

All kommunikasjon handler om både relasjon og innhold. Det som skal formidles og kvaliteten på relasjonene er gjensidig avhengige av hverandre. Det relasjonelle kan forklares med å bli sett, bli forstått eller å ikke bli møtt med pekefinger. Det å bli sett kan forstås både som metafor for å føle seg anerkjent, men kan også forstås bokstavelig. Det ligger mye kommunikasjon i kroppsspråk og holdning, det formidles avvisning og utilgjengelighet ved en kropp som vende seg bort og det ligger invitasjon og nærhet når kroppen vendes mot den andre. Det forbindes med respekt å vende ansiktet mot samtalepartneren. Ved å være oppmerksom på både eget og pasientens kroppsspråk og gi pasienten full oppmerksomhet, kan det legges et godt grunnlag for kommunikasjon. Forutsetning for å skape en god relasjon i profesjonell sammenheng innebærer at helsepersonell ønsker å engasjere seg i relasjonen. Samtidig er det viktig at interesse og engasjement i den andre må forbindes med fagkunnskap, og videre må fagkunnskap handle om vilje til å hjelpe pasienten. Martinsen hevder at det fordres en utleverenhet også fra helsepersonell. Hun viser da til sensitivitet, en

sårbarhet, en emosjonell involvering som er nødvendig for å sette seg inn i den andres situasjon (Christiansen, 2020, s. 185).

Helsepersonell må være oppmerksomme på at språket vårt er begrenset på noen områder. Disse begrensningene gjør seg gjeldene blant annet i manglende begreper mellom det å ha et alkoholproblem og det å være rusfri, sier forsker Lillian Bruland i sin avhandling (2017, s. 91- 92). I avhandlingen etterspør hun et språk for det som ligger mellom ytterpunktene rusproblem og rusfri. Hennes analyse viser at det mangler begrep, fortellinger, metaforer og sosiale kategorier for å ha gode samtaler om rus. Når bare kategoriene i ytterpunktene brukes så får vi ikke frem nyanser i rusbruken. Det mangler et prosessorientert språk som kan beskrive endring i handling, følelser og oppfatninger knyttet til rusbruk. Mangler i dagligspråket gjør det vanskelig å identifisere, forstå og snakke om det som foregår mellom disse ytterpunktene. Bedre diskursive ressurser kan hjelpe med å nyansere samtalene. Et bedre utviklet språk om alt det som skjer mellom ytterpunktene rusproblemer og rusfri vil kunne hjelpe både helsepersonell og pasient. Selseng (2017, s. 93- 95) gjør også oppmerksom på at de personlige måtene profesjonsutøver gir mening til rusproblemer på er med på å opprettholde, eller utfordre hvordan dette snakkes om i samfunnet. Gjennom typiske måter vi snakker om rusproblemer får enkelte holdninger forrang, mens andre blir utelatte. Et gjennomgående trekk ved forståelsen profesjonsutøver har av rusproblemer er at de er vanskelige å løse.

Gode samtalen krever åpenhet for pasientens livsverden. Dette innebærer at samtidig som vi snakker må vi være åpne og lydhøre for den andres forståelse og tanker. Denne åpne, reflekterende holdningen er det som kjennetegner helsefremmendesamtaler eller «vårdande samtal», som er benevnelsen forfatterne bruker (Ekebergh & Dahlberg, 2015, s. 130). For at kommunikasjonen skal være helsefremmende kreves engasjement og interesse for pasientens livsverden og åpenhet for det som kommer frem. Da kan pasienten kjenne seg bekreftet og betydningsfull, når han vises respekt og verdighet. For å få dette til må det skapes tillit og fortrolighet mellom helsepersonell og pasient, samt en våkenhet for at integriteten ivaretas (Ekebergh & Dahlberg, 2015, s. 131).

## 2.4 Verdighet og skam

Verdighet er et av grunnbegrepene i omsorgsvitenskapen. Fordi det vi ser skapes og blir synlig for oss gjennom begrepene er det viktig å kjenne til innholdet i dem. Forståelse av begrepet kan være med å forme det kliniske arbeidet og bidra til karitativ omsorg som verner om mennesker verdighet. Et omsorgsvitenskapelig perspektiv innebærer at alle mennesker har en iboende indre verdighet som ikke kan krenkes, denne absolutte verdigheten har vi som mennesker. Det finnes også en relativ verdighet som innebærer en bevissthet om egen og andres verdighet, denne handler om stilling, stolthet og rang. Det finnes også en ytre verdighet som handler om det estetiske som kan forklares som aktelse, pondus, ro og ære. Verdighet viser seg på forskjellige måter fordi den alltid oppleves i relasjon til noen eller noe. Verdighet er også koblet til vår menneskelighet og ansvaret for den andre. Ved å se den andre, ses mitt ansvar og med dette bekrefter vi ikke bare den andre, men også vår egen verdighet fordi vi gjør vår plikt som mennesker (Edlund & Lindwall, 2017, s. 202-204).

For å kjenne sin verdighet bekreftet må pasienten oppleve å bli trodd, likt og sett på som et unikt menneske. Det å ikke oppleve seg sett kan oppleves krenkende og fornedrende og gi en følelse av skyld og skam. Menneskers verdighet forbindes med kvaliteter som ikke bare handler om å være menneske, men også om å bli bedømt i forhold til noe eller noen. Alle ønsker å bli møtt med respekt og føle seg bekreftet som den man er eller har vært. Det er viktig for alle å bli oppfattet som ordentlige mennesker som lever opp til vanlige normer og krav. Det oppleves ikke godt å ligge andre til byrde og det kan oppleves skamfullt å ikke leve opp til normer og forventninger (Edlund & Lindwall, 2017, s. 205).

Begrepet skam kan forklares på flere måter. I denne oppgaven brukes begrepet om skammen som kan påføres mennesker når de føler at de ikke lever opp til normen i den kulturen vi er en del av. Skammen gir en avmaktsfølelse, og blir en skam som oppleves av den som ikke lever opp til forventningene som er satt av samfunnet. Vår kultur sier at hver

enkelt kan ta sine egne valg, og er ansvarlig for sine valg. Skammen handler da både om at det er noen galt med meg og at det er mine egne valg som har gjort det. Samfunnet oppfordrer oss til å skamme oss over å ikke strekke til eller for ikke å velge slik at problemene våre løses, lidelsen minker og helsen bedres. Mestring og kontroll er det vi skal oppsøke, mens det å ikke strekk til anses som skambelagt. I dette er menneskemøter skjøre, sier Kari Martinsen. Tilliten til at en blir tatt godt imot blir ikke alltid innfridd og dette kan føre til tilbakeholdenhet fra pasientene (Martinsen, 2012, s. 80- 82).

Skyld og skam blir ofte nevnt i sammen, men det er ikke helt det samme. Skam er en sterk følelse av å ha avslørt seg selv som mislykket eller umoralsk. Skam er knyttet til selvfølelsen og får en til å føle seg liten. Skyld derimot, er forbundet med handlinger og oppstår når mennesker har gjort noe galt eller dumt (Teigen & Ottesen, 2019). Skam er altså en følelse av å være feil, mens skyld handler om å ha gjort feil.

## 2.5 Helse og lidelse

Ordet helse kan bety helhet og hellighet. Antagelser om helsens betydning kommer fra at mennesket utgjør en enhet av kropp, sjel og ånd. Helsens betydning sammenfattes i at helse er sunnhet, å være frisk og i opplevelse av velvære. Helse er også tro, håp og kjærlighet, og helse er en dyd. Filosofen Gadamer ser på helse som en gåte eller et mysterium. Gadamer sier videre at helse ikke viser seg på samme måte som sykdom, men at helse viser seg i velbefinnende, det som gjør at vi er åpne for nye ting og er tilgivende mot oss selv. WHO sier at helse er en ressurs som gjør at man mestrer sin livssituasjon. I omsorgsvitenskapelig perspektiv forstås helse i relasjon til livet og livssituasjonen mennesket befinner seg i (Warnå- Furu, 2017, s. 158- 159).

Omsorgsteoretikeren Katie Eriksson beskriver en direkte relasjon mellom helse og lidelse. Hun forklarer dette med at i lidelsen er mennesket avskåret fra å være helt seg selv. Dersom helse ses som helhet og integrasjon så rammer lidelse denne helheten. Gjennom lidelse

modnes menneske til en større helhet, til en dypere hellighet og til å bli et helstøpt menneske (Warnå- Furu, 2017, s. 159).

Innholdet i begrepet helse forklares av Warnå- Furu gjennom den ontologiske helsemodellen. Her beskrives helsens dypeste mening som det «værende», altså som selve meningen med livet. Nivå to i modellen sier at helse ikke har betydning dersom livet ikke er meningsfylt, dette handler om å være en del av en sammenheng eller av relasjoner. Det tredje nivå sier at lidelse er en del av mennesket og derfor også av helsen. En utholdelig lidelse er forenelig med helse. Helse og lidelse er derfor deler av det samme og utgjør hverandres mulighet. Det fjerde nivå sier at helse er bevegelse. Bevegelse mellom helsens ulike nivå er tegn på helse og i denne bevegelsen kan mennesket vokse som menneske. Helse som «værende» viser til den åndelige dimensjonen i mennesket som består av ånd, sjel og kropp. I denne kjernen av helsen finnes dets etos (grunnverdien), viljen til liv. I samtaler om denne dypere forståelse av helse blir meningen med livet en del av samtalen, noe som gir en etisk dimensjon til helsesamtaler. Det handler om menneskers vekst og utvikling til å nå sitt fulle potensiale, men også å oppleve gled i hverdagen og i det vi gjør for helsen (Warnå- Furu, 2017, s. 161-162).

Lidelse beskrives som en subjektiv opplevelse av å gå igjennom noe vondt. Lidelse kan være både en fysisk, emosjonell eller eksistensiell opplevelse, og er en del av det å være menneske. En måte å forstå lidelse på er at den oppstår hos mennesker når de opplever seg truet av ødeleggelse, oppløsning eller trusler mot egen integritet (Cassel i Arman, 2017, s. 215). Det vektlegges at det er lidelsen som er det primære og ikke sykdommen eller helseskaden. Kroppen lider ikke, det er det mennesket som gjør. For å lindre lidelse må oppmerksomheten rettes mot den subjektive opplevelsen, for ved det å bevare pasientens verdighet. Eriksson sier at lidelse ikke har et språk, der er vanskelig å formulere innholdet i lidelsen. I tillegg skammer mennesker seg for sin lidelse, de kan føle seg isolerte og vil skjule det for andre (Arman, 2017, s. 215).

Til nå har dette kapittelet tatt for seg vitenskapsteori og omsorgsvitenkapsteori. I det videre beskrives alkohol i samfunnet.

## 2.6 Alkoholbruk i samfunnet

I en publikasjon på Folkehelseinstituttet sine nettsider (2019c) beskrives alkoholomsetningen i Norge. Hovedpunktene her sier at alkoholomsetningen per innbygger fra 15 år eller eldre, var totalt 6,77 liter ren alkohol i 2018. Dette inkluderer alt salg fra avgiftsbelagte utsalgssteder og fra taxfree utsalg på flyplasser, ferjer og grensehandel. Det avgiftsbelagte salget utgjorde 6 liter og det uregistrerte salget er beregnet til å utgjør 0,77 liter, henholdsvis 89 % og 11 %. Det avgiftsbelagte salget økte kraftig fra begynnelsen av -90 tallet og frem til 2008. Lavest omsetning var det i 1993 med 4,3 liter og høyest i 2008 med 6,8 liter. Dette var en økning på 48 % på 15 år. Dette skyldes i hovedsak en økning i salg av vin. Etter 2008 har den registrerte omsetningen ligget på rundt 6 liter de siste årene. Til sammenligning er alkoholkonsumet per innbygger i Danmark 9 liter ren alkohol per innbygger (Folkehelseinstituttet, 2019c).

Alkohol er det vanligste rusmiddelet i vårt samfunn. Det er en selvfølgelig del av mange sosiale sammenkomster og feiringer og forbindes med fest og glede. Men alkohol er også skadelig for folkehelsen. Et av hovedpunkter som nevnes i folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet, 2019a) er at alkohol er en av de viktigste faktorene for tap av friske leveår, og er i tillegg årsak til sosiale problemer og skader for andre enn brukeren selv. Totalkonsumet av alkohol i befolkningen henger nært sammen med andelen som har et risikofylt høyt forbruk og dermed med alkoholrelaterte problemer. Altså, til høyere konsumet er totalt i befolkningen, jo flere har skadelig forbruk. Når alkoholforbruket i samfunnet øker, finnes det økning på alle forbruksnivåer også for dem som allerede drikker mye. Sammenlignet med andre Europeiske land har Norge et lavt totalforbruk. Men, her må det bemerkes at Europa er den regionen i verden med høyest årlig inntak, ifølge WHO sin statusrapport om alkohol og helse (World Health Organization, 2018, s.6). Forbruket i befolkningen er veldig skjevt fordelt, det antas at den 10. delen som drikker mest står for



halvparten av forbruket. Undersøkelser viser at menn drikker omtrent dobbelt så mye som kvinner og mer ved hver drikkeanledning (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Alkoholbrukslidelse er den vanligste ruslidelsen i Norge. I Norge ble det i 2018 registrert 335 dødsfall utløst av alkohol, da er ikke ulykker eller overfall som fører til død tatt med. FHI angir at alkoholutløste dødsfall omfatter i 8 av 10 tilfeller, sykdom relatert til langvarig og høyt alkoholkonsum. Kjente eksempler er avhengighet, kronisk leversykdom og alkoholforgiftning. Men i tillegg har alkohol også sammenheng med mange andre dødsårsaker, for eksempel med flere krefttyper. Antall registrerte alkoholutløste dødsfall utgjør derfor bare en liten del av den totale dødeligheten som er forbundet med alkohol (Folkehelseinstituttet, 2019b). Alkohol er årsak til mye mer helseproblemer i samfunnet enn andre rusmidler og er forbundet med hjerte- og karsykdommer, særlig hjerneslag, lever sykdom, høyt blodtrykk og andre fysiske sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Flere undersøkelser viser at folk med høy utdanning og inntekt drikker hyppigere enn andre. Likevel er det flest med lav utdanning og inntekt som utvikler avhengighet. Det er også vist at rusbrukslidelse ofte kommer sammen med andre psykiske lidelser. En norsk studie viser at 9 av 10 av pasientene i rusbehandling hadde en eller flere psykiske lidelser, og at 70 % oppfylte kriteriene for en eller flere personlighetsforstyrrelser. Det er ikke så lett å si hvilken lidelse som kom først, eventuelt om det er felles risikofaktorer som fører til både rusbrukslidelse og psykiske lidelser. De som har rusbrukslidelse, har ofte også somatisk sykdom. Bruk av alkohol er en av de viktigste risikofaktorene for å dø før fylte 70 år i Norge. Utviklingen fra bruk til skadelig bruk og eventuelt avhengighet skjer gradvis og problemet erkjennes ofte ikke før langt ut i løpet. Kostnadene med sykehusinnleggelses relatert til alkohol er betydelige både på somatisk sykehus, i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling. I tillegg kommer fravær fra arbeidslivet. Siden totalkonsumet i samfunnet henger tett sammen med antall som har skadelig høyt bruk, vil tiltak som reduserer totalkonsumet også hjelpe de som drikker for mye. Derfor trenger vi både politiske virkemidler som reduserer tilgjengeligheten og forebygging mot enkelt grupper (Folkehelseinstituttet, 2019a).

## 2.7 Hvorfor må vi snakke om alkohol?

I Norge drikker de fleste alkohol. Lege Torgeir Gilje Lid er en av de som er opptatt av at dette er et tema som må snakkes om. Han begrunner dette utfra at alkohol påvirker og kompliserer mange helseproblemer. Han er særlig opptatt av den eldre del av befolkningen fordi toleransen for alkohol svekkes med økende alder. Dette henger sammen med normale aldersforandringer, medikamentbruk og andre helsetilstander, selv uten tegn på avhengighet eller misbruk. Jo eldre man er, desto mindre alkohol skal til for å påvirke helsen, sier Lid i en artikkel i Utposten (2020). Den eldre delen av befolkningen har større risiko for at alkoholvanene medvirker til helseproblemer og har derfor størst nytte av reduksjon av forbruket.

Alkohol er en viktig del av det gode liv for mange, og for mange pensjonister er det å nyte alkohol et tegn på at de fortsatt er friske og aktive. I Norge vil 80-90 prosent av befolkningen svare at de har drukket alkohol det siste året, litt høyere forbruk for menn enn kvinner. Studier viser at eldre drikker oftere en yngre, med en lineær stigning fra 20-årene til 70-årene. For friske eldre kan høyt alkoholforbruk ha positive årsaker, som at de har god helse, god råd, gode sosiale treffpunkt eller annet. For andre kan høyt forbruk ha negative årsaker som tap av nettverk og mestring, angst og søvnvansker eller ensomhet. Det er viktig å snakke om disse tingene med respekt og omtanke. Å la være å ta det opp fordi vi er redd for å støte pasientene er misforstått omtanke, sier Gilje Lid (2020).

All bruk av alkohol kan gi økt risiko for helseskade, men jo mer det drikkes på det jevne desto høyere risiko. Verdens Helseorganisasjon anbefaler å holde seg under 14 enheter for menn og 9 enheter for kvinner per uke, mindre for eldre. De senere års forskning har tilbakevist påstanden om at måtehold var sunnere en avhold. Ny oppsummert forskning viser at det ikke finnes en sikker nedre grense, men at mange av helseeffektene gjør seg gjeldende ved 7 enheter per uke. Derfor diskuteres internasjonalt om 7 enheter er det som skal anbefales som grense for friske eldre. Eldre med svekket helse bør drikke minst mulig. Det er kjent at

alkoholen bidrar på mange ulike måter til helseproblemer, derfor må det være helt normalt å snakke med pasientene om alkoholbruk, konkluderer Gilje Lid (2020).

## 2.8 Alkoholens betydning for helseskader

«All alkoholbruk er skadelig» er konklusjonen i en forskningsartikkel publisert i The Lancet i 2018. Max Griswold ledet et team på 500 eksperter som har undersøkt alkoholbruk i 195 land. Denne globale studien presenterer en systematisk analyse av alkoholbruk og sykdomsbyrde i hele verden. Her vises det at alkoholbruk er en ledende risikofaktoren for global sykdomsbyrde og død (s. 1015). Studien sier at 10 % av alle dødsfall i alderen 15- 49 år er relatert til alkoholbruk (s. 1026). Alkohol utgjør derfor en betydelig risiko for fremtidig folkehelse. Alkoholbruk er mest utbredt i Danmark der 97 % av alle menn drikker og 95 % av kvinnene. Norge kommer på andre plass med henholdsvis 94 % for menn og 91 % for kvinner. Menn og kvinner i Romania drikker størst mengde. Land med hovedsakelig muslims befolkning, drikker minst. Pakistan er oppgitt med 0,8 % menn som drikker alkohol (Griswold et al., 2018, s. 1015- 1026).

Studien viser at risikoen for alle typer dødelighet, og særlig kreft, økte med økende forbruksnivå. Tidligere ble det hevdet at litt alkohol kunne være sunt for enkelte tilstander, som iskemisk hjertesykdom og diabetes hos kvinner, men forskningen viser at disse beskyttende effektene ble helt overskygget av den økte risikoen for kreft (s. 1025). Artikkelen presiserer altså at forbruksnivå som minker helsetap er null. Den økte risikoen for å utvikle minst 12 av 24 helseproblemer for unge som drikker 10 gram alkohol, altså en alkoholenhet per dag, er liten. Den økte risikoen utgjør 0,5 %. Men ved to enheter per dag øker risikoen til 7 % og kurven øker bratt til 37 % økning ved 5 enheter per dag. Studien fant at 21,1 % av alle kreftdødsfall for kvinner, og 18,9 % for menn over 50 år var relatert til deres alkoholbruk. Resultatene i denne artikkelen viser behov for å endre politiske retningslinjer og -reguleringer og anbefalinger for bruk av alkohol. Det anbefales i artikkelen å vurdere å gi råd om avholdenhet. Politiske regulerings tiltak vil ha effekt på folkehelsen og være et skritt mot redusert helsetap for befolkningen (Griswold et al., 2018, s. 1025- 1026).

## 3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres den metodiske gjennomføringen av kvalitativ metasyntese og forskningsdesignet. Det gjøres også rede for for-forståelse, vitenskapelig forankring og etiske overveielser. Malteruds bok «*Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*» (2017a) har vært sentral for gjennomføringen av metoden.

Kvalitative metasynteser kan gjøres på flere måter. I denne studien har jeg holdt meg til metodebeskrivelsen for metaetnografi. Metoden innebærer tolkning fremfor beskrivelse og at konteksten er en avgjørende betingelse for forståelsen. Metaetnografi omfatter detaljert beskrivelse av prinsipper, prosedyrer og begrep og at noen vitenskapsteoretiske forutsetninger presiseres tydelig. I en klassisk systematisk oversikt fastholdes problemstillingen og søkestrategien gjennom hele prosessen. I kvalitativ metasyntese derimot kan det være like riktig å justere kursen underveis etter hvert som vi lærer og får innsikt. Dette innebærer bl.a. at studier fra det systematiske søket kan suppleres med relevante referanser fra for eksempel referanselister i aktuelle studier (Malterud, 2017a, s. 49). Denne kombinasjonen av artikkelfunn ble gjort her. Kvalitativ metasyntese kan brukes til sammenfatning av alle typer kvalitative primærstudier, altså svare på spørsmål der kvalitative forskningsmetode er aktuelt. Hensikten med metasynteser er å samle funn og syntetisere disse slik at nye funn utledes. Med dette er målet at kvalitative studier ikke blir små og lite besøkte «øyer», men ved å samle studier blir kunnskapen sterkere og lettere tilgjengelig. Viktige kjennetegn ved metoden er at gjennomføringen blir beskrevet så tydelig og transparent som mulig.

### 3.1 For-forståelse

Et viktig prinsipp ved hermeneutisk forståelse er å erkjenne egen forforståelse. Vi stiller aldri med helt blanke ark når vi går inn i forskningen. Forskeren har alltid med seg en forforståelse av det som ønskes belyst og vi har ofte en eksisterende kunnskap og forståelse om emnet. Det kan gjelde egne erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer.

Det er derfor viktig å være klar over hvilken forforståelse jeg har med meg inn i prosjektet og hvordan det kan påvirke forsknings prosessen. Forforståelse kan påvirke hvordan data blir samlet inn og hvordan de blir tolket og analysert. På den positive siden kan forforståelsen være årsak og motivasjon til å undersøke et emne, på den andre siden kan forforståelse føre til et snevrere syn som ikke åpner for alle aspektene ved emnet.

Jeg er sykepleier med spesialisering i Rusproblematikk og har i mange år jobbet innenfor psykisk helse og rusbehandling. Som sykepleier er jeg også opptatt av den økte risikoen for mange somatiske sykdommer som kan relateres til alkohol, og da særlig kreftsykdom. Jeg har lenge vært opptatt av hvorfor det er så vanskelig å snakke om de problematiske sidene ved alkoholbruk. Min holdning er at alkohol påfører så mye skade og kostnader i samfunnet at det må snakkes høyt om.

### 3.2 Vitenskapelig forankring

I vitenskapelig sammenheng snakker vi om forskjellige paradigmer og refererer da til grunnleggende antagelser om verden og kunnskap om verden. For medisin og helsefag er det særlig det positivistiske paradigme som har dominert. I positivismen er grunnforståelsen at verden består av stabile fenomener som kan observeres, måles og beskrives som objektive fakta. Slike fenomener beskrives med kvantitative data og det brukes en deduktiv tilnærming, altså vi drar slutninger fra det allmenne til det enkeltstående (Malterud 2017b, s. 27). I det fortolkende paradigme derimot setter det subjektive og meningsfortolkende i sentrum. Det anerkjennes at forskeren med sin subjektivitet er et medvirkende redskap, dette utfra forståelsen av at verden kan forstås ulikt utfra hvilket ståsted man har. Her brukes en induktiv tilnærming, det vil si at det er slutninger fra det enkeltstående overføres til allmenn forståelse. De kvalitative forskningsmetodene bygger på dette paradigme. Hermeneutikken hører til i det fortolkende paradigme. Hermeneutikk handler altså om tolkning av meninger som utgangspunkt for forståelsen, den studerer hvordan mennesker opplever virkeligheten. I tolkning av tekst legger hermeneutikken vekt på forholdet mellom deler og helheten og vekslingen mellom dem og på betydningen av kontekst og refleksjon.

(Malterud, 2017b, s. 29). Denne studien har en hermeneutisk tilnærming, noe som bl.a. innebærer å anerkjenne at eget ståsted og interesse påvirker forskningsprosessen.

### 3.3 Forskningsdesign. Metasyntese som metode

Alt vitenskapelig arbeid skal bygge på kunnskapsgrunnlaget som allerede finnes, og det er sløsing med tidligere forskning hvis vi ikke bruker det som allerede finnes på en god måte, sier Malterud. Å sammenfatte og syntetisere kan gi ny erkjennelse utover det vi allerede vet, ved å utnytte kunnskapskapitalen og bruke det som andre har levert. I all forskning er det viktig å være bevisst på egen forforståelsen, altså at det som er kjent fra før påvirker hva vi legger merke til i kunnskapen vi møter. Systematisk refleksjon over forskningen vi fester oss med er derfor en viktig forutsetning i vitenskapelig arbeid. Dette kalles refleksivitet og er en aktiv holdning som må bevisstgjøres og fastholdes. Systematisk håndtering av kunnskap handler også om at leseren får innsyn i hvordan kunnskapen er kommet frem, altså at studien er transparent. Det er satt noen kriterier for kunnskapsoppsummeringer. Disse er at søkestrategi må være oppgitt, at det er definert klare inklusjonskriterier og at de inkluderte studier må være kvalitetsvurderte (Malterud, 2017a, s. 17- 18).

Kvalitativ metasyntese er en samlebetegnelse for flere måter å identifisere, oppsummere og syntetisere kvalitative studier. Metasyntese skal være mer en sammenfatning av de inkluderte studiene sine resultater, metoden skal også tolke og analysere disse for å komme til ny forståelse. Kvalitativ forskning er en del av det fortolkende paradigme der forskerens subjektivitet og holdning er anerkjente redskap. I alle kvalitative studier bruker forskeren både beskrivelse og tolkning, fordi enhver beskrivelse er farget av tolkning, og tolkning bygger på beskrivelse. Denne forståelsen er et metodologisk kjennetegn ved kvalitativ forskning og gjelder også for kvalitative metasynteser.

I et klassisk medisinsk evidenshierarki vil kvantitative studier rangeres høyere kvalitetsmessig enn kvalitative studier. Dette har å gjøre med at generaliserbarheten er høyere. Men man kan man også vurdere kvaliteten av en metode utfra hva de er gode til å fortelle oss noe om.

Metasynteser kan bidra til at de kvalitative studienes status får høyere status, fordi de kombinerer flere studier. I metasynteser økes informantgruppen og dermed også generaliserbarheten. I en metasynteser samles allerede eksisterende funn og det utledes nye funn gjennom en fortolkende prosess (Bøtcher & Sørensen, 2020, s.31).

### 3.4 Kvalitativ metasyntese

Noblit og Hare (1988) var de første som presentert metaetnografi som en metode for syntese av kvalitative studier. Metaetnografi har røtter sosialantropologi, men metoden avgrenses ikke til etnografiske studier. For helseforskning er det viktige prinsipper for metoden og betydningen av kontekst for forståelsen som vektlegges. Et kjernepunkt er å se på hvordan resultatene fra primærstudiene forholder seg til hverandre, altså analyse og fortolkning og ikke bare oppsummering av data. Metoden skiller seg dermed fra kvalitative metaanalyser som oppsummerer data fra primærstudier. En systematisk og grundig litteraturgjennomgang av eksisterende forskning er grunnlaget for kvalitative metasynteser. Etter identifisering og organisering av resultatavsnittene i disse kan analysering og syntese starte. Det finnes noen grunnleggende prinsipper for dette arbeidet. Noblit og Hare angir en systematisk fremgangsmåte i syv trinn som jeg kommer tilbake til (Malterud 2017a, 76-77).

Første steg i analyseprosessen er selvfølgelig å formulere et foreløpig forskningsspørsmål og forsikre seg at det kan besvares med metoden. Så må det gjøres strukturerte søk og eventuelt manuelle søk for å finne studiene som belyser problemstillingen. Videre må hver studie vurderes for relevans og kvalitet. For oversiktens skyld kan de inkluderte studiene fremstilles i et skjema der vesentlig informasjon kommer frem. Dette bidrar til oversikt for den videre analysen. Neste steg er kvalitativt metasummary som består av fem deler. De fire første gjøres i analyseskjema og det neste er metasummeringstabellen. Analyseskjema viser funn, abstraksjon av funn, beskrivende begrep og hovedtema. Noblit og Hare (1988, s. 28) bruker betegnelsen metaforer om resultatavsnitt som brukes som funn i syntesen. Metasummeringstabellen er en oversikt i tabellform over funn av resultater fra de inkluderte studiene. Den viser hvilke funn som opptrer i hvilken studie (frekvens) og hvor mange funn de forskjellige har bidratt med (intensitet). Når studien er kommet så langt skal funnene som

tilhører hvert hovedtema grupperes og samles (Bøtcher & Sørensen, 2020, s.37). Rent praktisk for min del ble dette gjort ved å markere hver studie med forskjellig farge, før analyseskjema ble skrevet ut på papir. Så ble funnene fra hver artikkel klippet i strimler og limt sammen slik at de funnene som hadde samme hovedtema kom på samme ark. Se vedlegg 1.

De syv trinnene i analyseprosessen for metaetnografier er forklart slik:

1. Komme i gang. Formulere problemstilling og søkestrategi. Gjennomføre litteratursøk.
2. Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen. Gjennomgå litteratursøket. Utvikle inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ekskludere duplikater. Velge artikler og lage oversikt over disse.
3. Lese studiene. Nærlese, få oversikt over tema og funn/metaforer.
4. Ta stilling til hvordan studiene er beslektet. Materialet organiseres i matrise/ kvalitativ metasummering.
5. Oversette studiene til hverandre. Systematisk gjennomgang og systematisering av resultattekst der beslektede tema og funn/ metaforer samles i horisontale rader på tvers av studiene.
6. Syntetisere oversettelsene. Gjennomgang av radene for å oversette temaer og metaforer til nye uttrykk som gir selvstendig forståelse av funnene.
7. Formidle syntesen i tekst. Utdype og begrunne meningsinnholdet fra syntesen. Skrive resultatavsnittet (Noblit Hare, 1988, s. 27-29; Malterud 2017a s. 79).

### 3.5 Etske overveielser

Det må tas etiske vurderinger også ved gjennomføring av litteraturstudier. Siden medisinsk forskningsetikk reflekterer allmenntiske normer skal det mye til å glemme det moralske ansvaret forskeren har ovenfor deltagerne i innhenting av data i intervju situasjoner. Når det gjennomføres kvalitativ metasyntese har vi ikke kontakt hverken med deltagerne eller med forskeren som innhentet og analyserte dataene til primærstudiene som brukes. Det må antas at data er hentet inn med informert samtykke fra deltagerne. Med så stor distanse mellom forsker og deltagerne i primærstudiene er det viktig å være bevisst på at deltagerne



og forskerne er mennesker som skal vises respekt i videre arbeid med materialet. I kvalitative studier der fortolkning er arbeidsmåten, har vi et særlig etisk ansvar for å sørge for at det som er skrevet av andre ikke blir mistolket eller forvrengt. Dette henger sammen med hver enkelt studies validitet og angår også tilliten deltagerne har vist forskerne i primærstudiene. Som forskere har vi en etisk forpliktelse til å bidra med innskudd i den vitenskapelige kunnskapsbanken og bruke syntesen til å utvikle kunnskap som kan bety en forskjell for noen (Malterud, 2017a, s. 136-139).

I utgangspunktet skal alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter forhåndsgodkjentes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK. REK foretar en forskningsetisk gjennomgang og vurderer om kravene i helseforskningsloven er oppfylt (Malterud 2017a, s. 218). Etiske overveielser må alltid gjøres når vi gjør litteraturstudier, men små prosjekter, som denne metasynteser med lite sensitive problemstilling, faller ikke inn under komiteens mandat. Dette fordi det bruker eksisterende forskning med aidentifisert materiale og uten sensitive opplysninger.

### 3.6 Søkestrategi

Det har vært en omfattende prosess å finne artiklene som skulle inkluderes i studien. Jeg hadde en klar idé om hva jeg ønsket å finne, men har jobbet en del med å finne beste søkestrategi. Det ble gjort mange prøvesøk, hovedsakelig i februar til april 2020. Heldigvis hadde jeg hatt noe veiledning fra høyskolens bibliotekarer før nedstenging i forbindelse med Korona pandemien fra 12. mars 2020. Det ble gjort mange søk med forskjellige søkeord i de vitenskapelige databasene og basert på referanselister i studier som fattet min interesse. Med hjelp fra bibliotekar ble det laget PICO skjema og vi gjorde vi mange strukturerte søk, men det var vanskelig å få gode trefflister. Resultatet av disse tidlige søkene var allikevel at jeg fikk bekreftet at tema var aktuelt og relevant og ikke bare en oppfatning jeg satt inne med selv. Jeg fikk også økt min kompetanse når det gjelder å arbeide med databasene. 5 av de inkluderte studiene ble funnet i denne første søkeprosessen. På forsommeren fikk jeg hjelp av bibliotekar med forskningskompetanse og det ble gjort strukturert søk i 4 databaser. Skjema for disse er vist i neste bilde.

## 3.6.1 Skjema for søkestrategi

**Hva er det helsepersonell synes er vanskelig/utfordrende med samtaler om alkoholvaner?**

Et omsorgsvitenskapelig perspektiv



Det var en stor styrke å få hjelp av bibliotekar med forskningskompetanse. Etter samtaler, refleksjon og veiledning formulerte vi problemstillingen og arbeidet videre med prøvesøk. Så arbeidet jeg videre med artikkel-treffene og fant noen få artikler som svarte på problemstillingen. Det ble tatt utgangspunkt i emneordene i disse artiklene og gjort noen flere prøvesøk. Prøvde også å søke med "emneord", men det ble for mye "støy", altså ikke relevante artikler. Det ble derfor tatt valg om å spisse søket til å bare bruke text-ord i få felt og si at enkelte ord må finnes i tittelen (grå boks og oransje boks i skjema for søkestrategi). Når strategien var klar, gjorde vi strukturerte søk i fire store databaser. Strategi ble å søke med ordene i de fire boksene i skjema med OR mellom og kombinere disse med AND. Valgt av søkestrategi, det å si at alcohol må være i tittelen for eksempel, måtte til for å spisse søket, men jeg er klar over at vi dermed risikerer å ha miste noen relevante treff. Det er dermed gjort et valg om å la presisering gå foran fullstendighet for i

det hele tatt å få treffmengde som kunne håndteres. Det ble forsøkt å legge til ontologiske begrep (blå boks i skjema) i søkestrategien, men det resulterte i 0 treff. Treffene fra alle databasene ble overført til EndNote og gjennomgått manuelt for å luke ut duplikater.

- Epistemonikos 2 treff
- Cinahl 193 treff
- MedlineOvid 179 treff
- PsykInfo (Ovid) 105 treff

Totalt 479 treff ble overført til EndNote. Etter duplikat sjekk satt jeg igjen med 311 treff.

I det systematiske søket har jeg ikke valgt bare kvalitative artikler fordi jeg så tidlig i mine prøvesøk at det ikke var så mange forsknings artikler som var aktuelle og ville derfor ha med meg alle foreløpig. Jeg har systematisk gått gjennom alle artiklene. Mange ble valgt bort utfra inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er definerte i neste avsnitt. Veldig mange av treffene handlet om gravide, det ufødte barnet eller om HIV smittede. Også studier om alkohol brukt i forhold til håndhygiene var kommet med. De artiklene som så aktuelle ut ble sortert i mapper for «Kvalitative» det var 15 studier, og «Kvantitative» som var 34 studier. Neste steg var å lese disse nøye. Det ble valgt 6 kvalitative artikler av disse. Det er i tillegg funnet og inkludert 5 andre kvalitative artikler. Dette er artikler som dels ble funnet i mine tidlige prøve-søk i Oria /Chinal og som passet med kriteriene som var satt, og dels fra andre systematiske studiers referanselister og søkt opp i Google scholar.

### 3.6.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En vesentlig del av denne studien handler om å identifisere de rette primærstudiene som skal inkluderes i syntesen. For å gjøre denne identifiseringen og utvelgelsen av kandidatartikler så transparent som mulig er det beskrevet hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er brukt. Det første kravet jeg satte til artiklene var at de skulle være publiserte i et vitenskapelig tidsskrift der artiklene er kvalitetssikret og fagfellevurderte. Ved første gjennomgang av hvert søk ble overskrift og abstrakt lest for å finne kandidatartikler og luke

bort «forurensning». Kandidatartiklene ble lest nøyer for å sjekke at det var artikler med en god beskrivelse av metodisk kvalitet og om de passet med kriteriene som var satt.

Inklusjonskriterier som ble brukt var

- Kvalitativ studie, primærstudier
- Voksne deltagere
- Være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk
- God metode beskrivelse
- Publisert i vitenskapelig database
- Resultatet skal beskrive helsepersonells opplevelse eller forståelse av studiens spørsmål.

Eksklusjonskriterier:

- Ikke primærstudier
- Ikke kvalitativ design
- Studier med barn eller ungdom som deltagere
- Studier på språk jeg ikke forstår
- Inneholder ikke metode beskrivelse
- Ikke publisert i vitenskapelige databaser
- Studier med andre perspektiv enn fra helsepersonells perspektiv
- Studier som handler om gravide kvinner og alkoholveiledning

Veldig mange av treffene i søket handlet om veiledning i forhold til alkohol i svangerskapet, om HIV- pasienter eller om ungdom og alkohol. Disse ble ikke inkludert basert på eksklusjonskriteriene. Jeg ville rette fokus på et bredere lag av folk og pasienter, og ikke beskrive intervensjoner rettet mot spesielle grupper. Min oppfatning er at det er lettere å ta opp alkohol i helsesamtalen ved for eksempel graviditet, siden det er bred forståelse for skadevirkninger og oppfordring om avhold til denne gruppen. I denne studien er søkelyset på helsepersonells utfordring med samtaler med pasienter som drikker alkohol, så derfor ble studier med pasienters perspektiv på lignende spørsmål ekskluderte. Det er tatt med en studie der pasienter er beskrevet som deltagere, pasientene deltar som motpart i de

kartlagte samtalestudien beskriver. Noen av studiene som er inkluderte er ikke nye, men ble inkludert allikevel da de innfridde kriteriene som var satt.

For å sikre kvalitet på egen studie er det viktig å kritisk vurdere kvaliteten på primærstudiene som blir inkluderte og kunne vise til systematisk metodisk struktur der en forklarer valg og refleksjoner som er gjort underveis i arbeidet. Det er viktig å hele tiden dokumentere gjennomføringen og gjøre en transparent og korrekt studie. Kvalitet og validitet på egen studie er forsøkt sikret med blant annet å validere kvaliteten til primærstudiene ved å vurdere de opp mot sjekklister hentet fra Helsebiblioteket (2016).

I prøvesøkene ble ordene fra dette PICO-skjema brukt i CHINAL. Det gav noen spredte treff som er inkludert i studien. Det ble også søkt i Google Scholar med tittel på artikler funnet i referanselisten til andre studier.

<b>Population</b>	<b>Population, Phenomen of Interest</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
Nurse Healthcare	Alcohol drinking Alcohol related harm Health risk Alcohol use Alcohol consumption	Communication Talk, Talking Patient education Information Nurse- patient relation conversation	Difficulties Barriers Obstacles

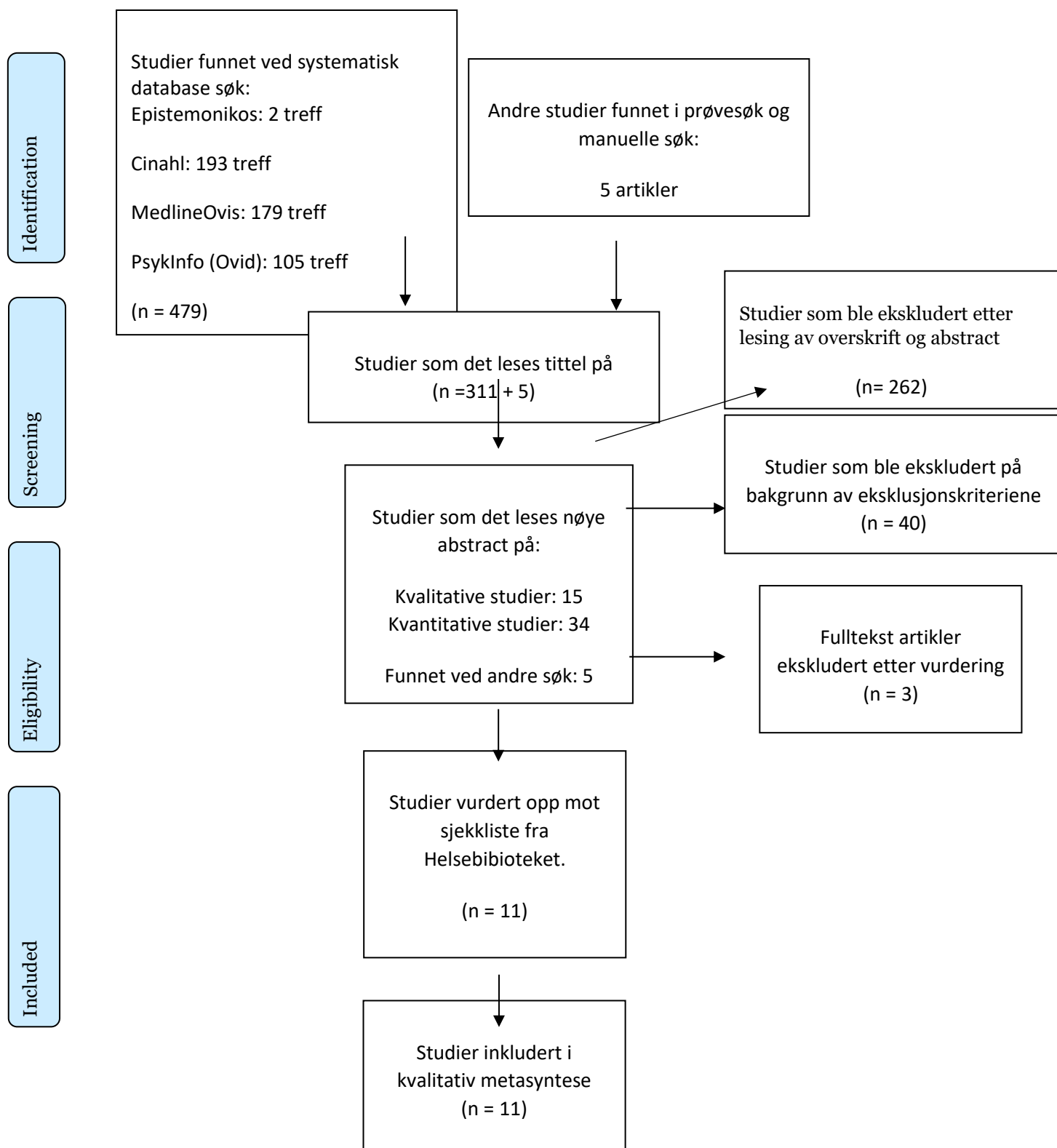
Flere av artiklene ble valgte som kandidatartikler og ble skrevet ut i papir for nærlesing. Etter nærmere undersøkelse valgte jeg å beholde 5 av disse.

### 3.7 Betraktninger over inkluderte artikler

Malterud (2017a) anbefaler at to uavhengige personer parallelt bør jobbe med utvelgelse av artiklene. Dette hadde vært ønskelig da dette var en omfattende og arbeidskrevende prosess. Det har ikke vært mulig, så grundige vurderinger ble gjort av meg, flere ganger. De inkluderte artiklene kommer fra de Norge, Sverige, Danmark og Finland, samt England og USA. Alle studiene er kvalitative, da hensikten var å kartlegge helsepersonells opplevelse og erfaringer. Det er inkludert studier der bare leger er intervjuet eller bare sykepleiere, og noen studier der både leger og sykepleiere er inkludert. Med unntak av en artikkel som er fra -95, er alle fra år 2002 til 2017. Formålet med studiene kommer klart frem i titlene. I alle titlene, med tre unntak kommer det også frem at studiene er gjort med kvalitativ forskningsmetode. I de tre unntakene kommer metoden frem i abstraktet. Data er innsamlet i fokusgruppe- eller individuelle intervju og bakgrunn for utvalget av deltagere er beskrevet. Andre forhold som gjelder datasamling og analyse er også gjort grundig rede for og er litt forskjellig for hver studie. De fleste bruker semistrukturerte intervju, og der analysen er beskrevet er den nevnt som epistemologisk, hermeneutisk, feminologisk eller grounded theory method. Målet med studiene eller problemstillingen er godt formulert og svart på. Ethiske overveielser er ikke alltid beskrevet. Artiklene har en avslutning der resultatenes nytte for praksis beskrives, samt begrensninger og behov for videre forskning.

## 3.8 PRISMA, flytskjema. En oversikt over utvelgelsen av studiene

For å illustrere søkeprosessen på en oversiktlig måte er det benyttet et flytskjema. Dette kalles PRISMA, Preferred Items for Systematic Reviews and Meta- Analysis.



## 3.9 Presentasjon av studiene

Tabell 1. Presentasjon av primærstudiene

<b>Forfatter, årstall</b>	<b>Land</b>	<b>Kilde, tidsskrift</b>	<b>populasjon</b>	<b>Datasamling</b>
Nygaard, P. og Aasland, O. G. (2011)	Norge	Alcohol and Alcoholism, January-February 2011. <a href="https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/alcalc/agg073">https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/alcalc/agg073</a>	40 allmennleger	Fokusgruppeintervjuer ble utført med syv grupper fastleger i Norge.
Hellum, R. Bjerregaard, L. og Nielsen, A. S. (2016)	Danmark	Nordic Studies on Alcohol and drugs. February, 2017 <a href="https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0034">https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0034</a>	7 sykepleiere i somatiske avdelinger i danske sykehus	Semistrukturerte 1-1 intervjuer
Aalto, M., Pekuri, P. og Seppa, K. (2003)	Finland	Drug and alcohol review. May 2009 doi: <a href="http://dx.doi.org/10.1080/09595230500292904">http://dx.doi.org/10.1080/09595230500292904</a>	6 fokusgrupper med 18 allmennleger og 19 sykepleiere fra primærhelsetjenesten i byen Tampere i Finland	Fokusgruppe intervju, deduktiv metode
Johansson, K., Åkerlind, I. og Bendtsen, P. (2005)	Sverige	Addictive Behaviors June 2005, <a href="https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.008">https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.008</a>	26 sykepleiere fra 3 helsesenter i primærhelsetjenesten i Østergötland, Sverige	Fokusgruppe intervju
McCormick, K. A., Cochran, N. E., Back, A. L., Merrill, J. O., Williams, E. C. og Bradley, K. A. (2006)	USA	Journal of general internal medicin. May 2006 <a href="https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1525-1497.2006.00490.x">https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1525-1497.2006.00490.x</a>	29 dagpasienter og 14 helsearbeidere fra primærhelsetjenesten	Opptak av alkoholrelaterte samtaler ble transkribert og kodet



Jonsson, Å., Ottoson S. og Berndtsson, I. (2013)	Sverige	Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden, 2013	8 sykepleiere ble intervjuet om erfaringer av samtaler med pasienter om alkohol	Intervju
Beich, A. Gannik, D. og Malterud, K. (2002)	Danmark	British Medical Journal (International Edition), 2002 <a href="https://www.bmj.com/content/bmj/325/7369/870.full.pdf">https://www.bmj.com/content/bmj/325/7369/870.full.pdf</a>	24 allmennleger	Individuelle eller fokusgruppe intervjuer.
Broyles, L. M., Rodriguez, K. L., Kraemer, K. L., Sevick, M. A., Price, P. A. og Gordon, A. J. (2012)	USA	Addiction science & clinical practice, 2012 <a href="https://dx.doi.org/10.1186/1940-0640-7-7">https://dx.doi.org/10.1186/1940-0640-7-7</a>	33 medisinsk- kirurgisk sykepleiere fordelt på 7 fokusgrupper	Fokusgruppe intervju
Reinholdz, H., Bendtsen, P., Spak, F. og Müssener, U. (2016)	Sverige	Alcohol Advice. Journal of addiction, 2016, doi: <a href="https://dx.doi.org/10.1155/2016/4731571">https://dx.doi.org/10.1155/2016/4731571</a>	30 ansatte på legesenter i Sverige	Semistrukturerte intervju i fokusgrupper
Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S. og Bond, S. (2002)	England	Journal of advanced nursing, 2002 <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x?sid=nlm%3Apubmed">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x?sid=nlm%3Apubmed</a>	24 sykepleiere som nylig hadde deltatt i en annen intervensjons undersøkelse	Semistrukturerte dybdeintervju
Arborelius, E. og Damstrøm Thakker, K. (1995)	Sverige	Family practice, 1995, 12(4), 419-422. <a href="https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/12/4/419/741048?redirectedFrom=fulltext">https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/12/4/419/741048?redirectedFrom=fulltext</a>	13 fastleger som hadde deltatt i et en dagskurs ble kontaktet noen måneder senere for telefonintervju.	Strukturert intervju

## 3.10 Presentasjon av primærstudienes hensikt og hovedfunn.

Tabell 2

Artikkel	Formål	Hovedfunn
Barriers to Implementing Screening and Brief Interventions in General Practice: Findings from a Qualitative Study in Norway. (Nygaard & Aasland, 2011)	Informasjon om hindringer for SBI (implementering av screening og korte intervensjoner for alkoholproblemer). Rapportere om vanskene allmennlegene opplever i forhold til identifisering og behandling av alkoholproblemer i det daglige arbeidet	Analysen avdekket fem hovedgrupper av faktorer som påvirker fastlegers motvilje mot å bruke SBI: oppfatning av alkoholproblemer, integrering av SBI i eksisterende rutiner, forebygging vs. behandling, strukturelle spørsmål og forholdet mellom utøver og pasient.
Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. (Hellum et al., 2016)	Hovedmålet med denne studien var å identifisere mulige faktorer som påvirker hvorvidt sykepleiere snakker med pasienter om deres alkoholforbruk på somatiske avdelinger. For det andre ønsket den å undersøke om et screeningprosjekt kan påvirke sykepleiernes beredskap til å snakke om alkoholbruk med pasientene.	Barrierer og fremmede faktorer viste seg innen fire kategorier: Sykepleieren, Pasienten, Avdelingen og Screeningstudien. Den viktigste barrieren for å snakke med pasienter om alkohol så ut til å være faktorer i sykepleierne selv, særlig personlige erfaringer, mangel på kunnskap og manglende tillit.
Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. (Aalto et al., 2003)	Hovedmålet var å identifisere mulige hindringer for å utføre tidlig identifisering og korte intervensjoner av stordrikkere i primærhelsetjenesten.	Det viktigste tiltaket er bedre opplæring i hvordan korte intervensjoner bør gis
Under what circumstances are nurses willing to engage in	Studien ønsker å identifisere under hvilke omstendigheter	Årsaker til å ikke gjennomføre alkoholscreening og

brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. (Johansson et al., 2005)	primærsykepleiere i Sverige er villige til å delta i alkoholforebygging	intervensjon inkluderte manglende mestringstro, tidsforbruk og frykt for å skade forholdet til pasienten
How Primary Care Providers Talk to Patients About Alcohol: A Qualitative Study. (McCormick et al., 2006)	Søker å beskrive alkoholrelaterte samtaler mellom primærhelsetjenesten og pasienter som screenet positivt for alkoholmisbruk.	Funn fra denne studien antyder at ubehag og unngåelse fra helsepersonell er viktige barrierer for korte alkoholrådgivningssamtaler.
«Jeg vet inte riktigt vad jag ska göra med svaret ...» En intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter av att samtala med patienter om alkohol. (Jonsson et al., 2013)	For å belyse sykepleiernes erfaring med samtaler med pasienter om alkohol	Behov for mer trygghet i hvordan slike samtaler bør gjennomføres. Ansvar for innholdet i samtalene ble ofte overlatt til pasienten.
Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. (Beich et al., 2002)	Utforske legenes erfaring med å utføre en screening baserte intervensjoner av alkoholbruk	Legene syntes det var vanskelig. Og syntes denne kartleggingen skapte flere problemer enn det løste for legen
A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. (Broyles et al., 2012)	Identifisere mulige barrierer og fremmede faktorer knyttet til alkohol screening utført av sykepleiere	Sykepleierne hadde beskrevet noen forventede barrierer, bl.a. Manglende kunnskaper, Begrensning i samarbeid internt, rapporteringssystemet, Bekymring angående pasientreaksjoner, spørsmål om dette er akuttisykepleiers rolle, logistikk problemer

<p>The Impact of an Implementation Project on Primary Care Staff Perceptions of Delivering Brief Alcohol Advice. (Reinholdz et al., 2016)</p>	<p>Se hvordan persepsjon og erfaring med å jobbe med risikofylt alkoholbruk endres i løpet av implementering av prosjektet</p>	<p>Personal mangler kunnskap og selvtillit på området. Økt praksis gir trygghet.</p>
<p>A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. (Lock et al., 2002)</p>	<p>Undersøke sykepleieres holdning og praksis angående korte alkohol intervensjoner</p>	<p>Behov for klare retningslinjer ang. alkoholbruk, opplæring, skjermet plass for å ta opp konfidensielle spm., hjelp med å håndtere negative reaksjoner fra pasientene</p>
<p>Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? (Arborelius &amp; Thakker, 1995)</p>	<p>Hensikten med artikkelen var å drøfte hvilke vansker legene erfarer i primærhelsetjenesten med å ta opp spørsmål om alkohol med overforbrukere.</p>	<p>Det som utmerket seg, var manglende tid og frykt for å skade relasjonen.</p>

## 4.0 Analyse og syntese

I dette kapitlet vises stegene som er gjort i prosessen med analyse og syntese av primærstudiene. Studiene er satt inn i en systematisk tabell slik metoden for metaetnografi beskriver. Metasyntesen er nå kommet til trinn 4 i den metodiske fremgangsmåten. Det ses nå på hvordan studiene er beslektet til hverandre. De 11 primærstudiene er satt opp i en tabell der det er hentet ut meningsbærende funn/ metaforer, det er gjort tekstkondensering/ abstraksjon og laget subtema og hovedtema. Dermed er trinn 5 og 6 også gjennomført i dette kapitlet. Meningsbærende funn er uttrykk for primærstudienes sentrale perspektiv og kjernebegrep. Dette kalles metaforer og kan sammenlignes med meningsbærende utsagn i en intervjustudie. Når dette var gjort for alle studiene fant de etter hvert sin plass i noen subtema. Subtemaene kom frem mens jeg jobbet med materialet og herfra oppstod noen relevante hovedtemaene for denne studien.

Systematisk litteraturgjennomgang med oppsummering av eksisterende forskning er grunnlaget for kvalitative metasynteser. Syntesen skal fremstilles slik at det gir et styrket kunnskapsgrunnlag om emnet som studeres. Selv om kvalitative metasynteser kan gjøres på flere måter er metaetnografi den mest anvendte. Metaetnografi er den metoden som i sin tid var utgangspunktet for kvalitative metasynteser. Den omfatter beskrivelse av prinsipper, fremgangsmåter og begrep. Når vi bruker metoden, er det derfor viktig å tydeliggjøre dette med beskrivelser for å skille den fra andre metoder for syntese. Et kjernepunkt er å ta stilling til hvordan funnene i primærstudiene forholder seg til hverandre.

Sentrale begreper er metafor, oversettelse og syntese. Begrepet metafor brukes på en annen måte i metaetnografi enn i dagligspråket, det anvendes om nøkkelord og sentrale betegnelser fra primærstudiene som er brukt om resultatene i studiene. Å identifisere disse tekstelementene kalles metaforisk reduksjon. Betegnelsen oversettelse, brukes om å sammenligne relevante metaforer med hverandre. Oversettelsene skal fokusere på meningsinnholdet i tekstutdragene. Syntese er et begrep som brukes om omgjøring av tekster som handler om det samme, til et begrep av tredje orden slik det er gjort til høyre i

tabell 3. En slik oversettelse av tekstene til samlende begrep vil alltid påvirkes av forskerens tolkning og forforståelse (Malterud, 2017a, s. 77).

Selv med et overkommelig antall på 11 primærstudier som er tatt med i denne studien kreves det systematikk for å holde oversikten over tekstutdragene for analyse og syntese. Artiklene ble derfor satt inn i tabell slik metode beskrivelsen anbefaler (Tabell 3). De datauttrekkene som er satt inn i analysetabellen er metaforene som hver forfatter har brukt om funnene sine. Denne tabellen er satt opp med utdragene fra hver artikkel samlet i en rad. Etter at dette var gjort for alle 11 primærstudiene fikk hver av primærstudiene en fargelegging. Tabellen ble skrevet ut i papir og hver metafor/ funn ble klippet fra hverandre. Så ble disse meningsbærende metaforene limt systematisk sammen etter tema, på nye ark slik at metaforer med samme subtema kom sammen. Radene i tabellen representerte nå funn med viktige fellestrekk, samtidig som forskjellene kom godt frem. Med fargeleggingen visste jeg hvor datauttrekket kom fra og kunne gå tilbake til de aktuelle primærstudiene ved behov. Eksempel på denne manuelle klipp- og- lim tabellen er lagt i Vedlegg 1.

Tabell 3 – Artikkelanalyse med meningsbærende utdrag, oversetting av funn, subtema og hovedtema

	Metaforer. Funn i artikkel	Kondensering. Abstraksjon	Subtema. Beskrivende begrep.	Hovedtema
Nygaard og Aasland, 2011	I forbindelse med hvordan legen ser på alkoholproblemer svarer flere at dette problemet finnes også i øvre sosiale segment i samfunnet, inne i styrerommene. De tenker at mer åpenhet om dette ville gjort det lettere for legen å ta opp tema. «For akkurat nå tenker du på alkoholiker som en som ligger i rennesteinen».	Finnes i øvre sosiale segment i samfunnet. Mer åpenhet om dette ville gjort det lettere å ta opp alkoholproblematikk.	Vanskelig å ta opp med øvre lag av folket/ Sensitivt tema	Stereotype holdninger
	Mange av legene omtaler alkoholproblemer som forbundet med skam og stigmatisering og at det er grunnen til at undertrykkes.	Spørsmålet undertrykkes på grunn av stigmatisering og skam knyttet til det.	Stigma og skam	Stigma og skam
	I forbindelse med forskjell på alkohol og andre helserelevante spørsmål syntes legene det er vanskelig å spørre om alkoholbruk på grunn av skam og stigma knyttet til tema.	Alkohol betraktes som ulikt andre helserelevante spørsmål.	Stigma og skam	Stigma og skam
	Legene ønsker ikke å være «moralisk foresatte» ovenfor pasientene. De ønsker ikke å fremstå som moralist, eller være den som definerer hva som er normalt.	Ønsker ikke å være moralisk foresatte.	Ikke moraliserende	Sensitivt tema
	Spørsmål om hva som er normalt forbruk synes å reise en barriere for å snakke om alkoholproblemer hos pasientene. Legene sier at pasienten vil svare det som er normalt forbruk for vedkommende utfra egen kultur, geografiske, sosiale og individuelle forskjeller.	Spørsmål om hva som er normal bruk er en barriere for samtale.	Hva er normal bruk?	Alkohol som kultur
	Legene mener at pasienten underrapporterer forbruket. Også ser pasienten på legen og sier «dessuten er det sunt med litt alkohol».	Pasienten underrapporterer og mener at litt alkohol er sunt.	Underrapporterer	Stigma og skam

	<p>Fastlegens egen usikkerhet om hvor sunn eller usunn alkohol egentlig er.</p> <p>Legene så sin rolle som å behandle sykdom, mer enn å oppdage mulige problemer. Dette ble brukt som unnskyldning for ikke å ta opp alkoholproblemer. Forebygging av andre livsstilsrelaterte tilstander forekom.</p> <p>«Hvis pasienten er her for andre ting vil jeg ikke spørre om alkohol». Usikkerhet rundt å stille alkoholrelaterte spørsmål handler om frykten for å tråkke over pasientens grenser og skade relasjonen.</p> <p>De gangene legene ikke spurte om alkohol var det fordi de var redd for at pasienten skulle reagere negativt. Var redd for å bryte alliansen med et sensitivt spørsmål.</p>	<p>Usikkerhet om alkoholens skadevirkning.</p> <p>Legen vil behandle sykdom, ikke drive forebygging</p> <p>Unngår spm. om alkohol dersom det ikke har relevans for legebesøket for ikke å skade relasjonene</p> <p>Legene er redd for negativ reaksjon og brutt allianse.</p>	<p>Manglende kunnskap om alkohol</p> <p>Behandling kontra forebygging</p> <p>Vil ikke skade relasjonen</p> <p>Redd for negativ reaksjon</p>	<p>Kunnskap</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Sensitivt tema</p>
Hellum et al., 2016	<p>Sykepleierne mente de ikke hadde nok kunnskap om konsekvensene av høyt alkoholkonsum i forhold til helsen. Dette førte til lav selvsikkerhet med tanke på å adressere dette hos pasienter med høyt alkoholkonsum.</p> <p>Det var usikkerhet i forhold til hva retningslinjene sa dersom pasienten hadde et høyt forbruk. Sykepleierne manglet også kunnskap om behandlingsmuligheter.</p> <p>Sykepleierne så ikke på alkohol som tabu, men var tilbakeholden til å innlede samtaler fordi de opplevde at de trengte mer kunnskap om hvordan tema kunne tas opp på en respektfull måte.</p> <p>Sykepleierne betraktet selv alkohol som en del av god livskvalitet og var redd for å fremstå som asketisk og moraliserende.</p>	<p>Mangel på kunnskap førte til lav selvtilitt til å utføre samtaler om alkohol.</p> <p>Manglet kunnskap om retningslinjer, mulig oppfølging og behandling.</p> <p>Unngikk tema fordi det var vanskelig å ta det opp på en respektfull måte.</p> <p>Alkohol betraktes som god livskvalitet. Ønsker ikke å virke moraliserende.</p>	<p>Manglende kunnskap om alkohol</p> <p>Manglende kunnskap eller ferdigheter</p> <p>Vil ikke skade relasjonen</p> <p>Ikke moraliserende</p>	<p>Kunnskap</p> <p>Kunnskap</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Alkohol som kultur</p>



	<p>Sykepleierne drakk selv, og ofte ville de fått en score over det veilederen anbefaler, her 8 i AUDIT. Egne holdninger til alkohol påvirker om tema tas opp.</p> <p>Flere nevnte at de opplevde manglende tid og ressurser til å ta opp emnet. Andre ting må prioriteres under innleggelsen.</p> <p>Alkohol er et stort og komplekst psykologisk og sosialt emne å ta opp. Manglet gode metoder for samtaler.</p> <p>Sykepleier mangler støtte fra legen for videre oppfølging. Legene fulgte ikke opp etter å ha avdekket overforbruk av alkohol.</p> <p>Sykepleierne uttrykte at å spørre pasientene om alkoholforbruk betraktes som invasjon av privatlivet og var vanskelig på flersengsrom. Alkoholkonsum ble betraktet som et ekstremt privat spørsmål. Det var mye lettere å snakke om røyking, diet og trening.</p> <p>Noen sykepleiere satte søkelys på sykdommen pasienten var innlagt for og så ikke muligheten for at sykdommen kunne være relatert til alkohol.</p> <p>Høyt alkoholforbruk er normalt for de unge. De eldre må få drikke det de vil på «sine gamle dager».</p> <p>Sykepleierne mente at pasienter med høy sosioøkonomisk status (høyere utdanning og inntekt) hadde mer kontroll. Selv om de hadde høyt alkoholforbruk, syntes de det var vanskelig å adressere emnet. Høy AUDIT score ble ofte ignorert av legene hos denne gruppen.</p>	<p>Eget forbruk påvirker om alkohol tas opp</p> <p>Mangler tid og ressurser, andre ting prioriteres.</p> <p>Alkohol betraktes som et stort og komplekst tema.</p> <p>Legene fulgte ikke opp avdekket overforbruk.</p> <p>Å spørre om alkoholforbruk betraktes som invasjon av privatlivet. Lettere å snakke om andre livsstilspørsmål.</p> <p>Så ikke muligheten for alkoholrelatert skade</p> <p>Sykepleiers holdning påvirkes av bl.a. pasientens alder. Vanskelig å ta opp ved høy sosioøkonomisk status og høyt forbruk ble ofte ignorert</p>	<p>Egne holdninger til alkohol</p> <p>Mangler tid og ressurser</p> <p>Komplekst tema.</p> <p>Mangler tid og ressurser.</p> <p>Alkohol er privat anliggende.</p> <p>Kunnskap om alkohol</p> <p>Egne holdninger</p> <p>Vanskelig å ta opp med øvre lag av folket</p>	<p>Alkohol som kultur</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Kunnskap</p> <p>Alkohol som kultur.</p> <p>Stereotype holdninger</p>
--	--	---	--	---

	Sykepleierne syntes det var lettere å snakke om alkoholkonsum når det var et tydelig alkoholavhengighetsproblem eller når pasienten selv bad om hjelp.	Lettere å ta opp alkoholbruk ved avhengighet eller når pasienten bad om hjelp.	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Aalto et al., 2003	<p>Sykepleier/ lege mangler tro på egen mestring og ferdigheter i forhold til korte alkoholintervensjoner. Tenker at andre profesjonelle gjør dette bedre.</p> <p>Sykepleier/ lege mener at de ikke har tid, og at samtaler om alkohol krever mye.</p> <p>Sykepleier/ lege tror at 90 % av de som drikker mye underestimerer hvor mye de drikker. Men, de tar det ikke som et tegn på sviktende hukommelse.</p> <p>I hvilken grad de kan rettferdiggjøre å spørre om alkohol konsum bekymret mange deltagere. Spørsmålet ble ansett å være sensitivt, det gir følelse av å være moraliserende, kan gi pasienten skyldfølelse.</p> <p>Helsearbeidere ser alkohol som et sosialt problem inntil helseskaden har oppstått. Lettere å ta opp emne ved symptomer eller funn som relateres til overforbruk av alkohol.</p>	<p>Sykepleier/ lege føler manglende mestring og tenker at andre gjør det bedre.</p> <p>Mangler kapasitet, tid og kunnskap.</p> <p>Tror at pasienten er uærlig og underestimerer</p> <p>Usikker på om de er berettiget å ta opp alkoholbruk. Redd for å virke dømmende.</p> <p>Alkohol ses som sosialt problem før alkoholskade oppstår.</p>	<p>Manglende ferdigheter</p> <p>Komplekst tema</p> <p>Underrapporterer</p> <p>Ikke moraliserende</p> <p>Sensitivt tema</p>	<p>Kunnskap</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Stigma og skam</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Sensitivt tema</p>
Johansson et al., 2005	<p>Sykepleierne unngikk å spørre om alkohol på grunn av manglende tro på egen mestring eller fordi de mente det slukte for mye tid.</p> <p>Sykepleierne oppfatter non- verbale signaler eller har følelsen av at relasjonen med pasienten vil ødelegges dersom de spør om alkoholkonsum.</p> <p>Alkohol er vanskelig å ta opp fordi pasienten kan lure på hva du har å gjøre med dette, hvis de oppsøker helsehjelp for ikke-alkoholrelaterte ting.</p>	<p>Manglede mestringstro eller manglende kapasitet</p> <p>Tror spørsmål om alkohol skader relasjonen.</p> <p>Pasienten lurer på hvorfor du spør.</p>	<p>Mangler ferdigheter.</p> <p>Vil ikke skade relasjonen</p> <p>Vil ikke skade relasjonen</p>	<p>Kunnskap</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Sensitivt tema</p>

	Sykepleier mangler kompetanse til korte intervensjoner eller rådgiving og vet ikke hvor de skal henvise pasienter med alkoholproblem videre.	Mangler kompetanse eller tilgang til rusbehandling	Mangler ferdigheter	Kunnskap
McCormick et al., 2006	<p>Pasientene gir viktig informasjon om alkoholbruk, men helsepersonell følger ikke opp i samtalen, de skifter tema eller snakker ned betydningen av drikkingen. Helsepersonell forventer at pasienten vil unngå å snakke om alkoholbruk. Men mange pasienter ønsker og søker dialog om eget alkoholbruk.</p> <p>Når det ble gitt råd om alkohol var rådene vage og uklare i forhold til råd om røyking, som var klare og tydelige.</p> <p>Helsepersonell kjenner på sterkt ubehag og unngår å snakke om pasientens bruk av alkohol. Dette viser seg med nøling, stotring, latter og vage uttalelser.</p> <p>Lettere å gi råd om røyking, fordi all røyking er helseskadelig. Mens alkoholbruk innenfor anbefalte mengder er sosialt akseptert. Røyking blir sett på som en større risiko for helseskade en alkohol av helsearbeiderne.</p>	<p>Helsepersonell følger ikke opp informasjon om alkohol. Selv om pasienten ønsker dialog</p> <p>Gir uklare råd</p> <p>Alkohol er et ubehagelig tema for helsepersonell</p> <p>Lettere å snakke om røyking som helseskadelig. Alkohol er sosialt akseptert</p>	<p>Vil ikke skade relasjonen</p> <p>Mangler kunnskap om alkohol</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Mangler kunnskap om alkohol/ Egne holdninger til alkohol</p>	<p>Sensitivt tema</p> <p>Kunnskap</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Kunnskap/ Alkohol som kultur</p>
Jonsson et al., 2013	<p>Hjemmesykepleierne beskrev samtaler om alkoholbruk som et tabubelagt område knyttet til skam og skyldfølelse.</p> <p>Kunnskap var en forutsetning for trygghet i møte med pasienten når alkoholens skadevirkninger skal tas opp.</p> <p>Noen pasienter vil ikke snakke om alkohol, men når de følte seg trygge kom fortrolighet i samtalen. Men, det må velges rett situasjon for denne type samtale. Flere pasienter opplevde lettelse over å få tatt det opp.</p> <p>Tilgang til lege eller behandling for alkoholavhengighet påvirket om alkoholrelaterte samtaler ble gjennomført.</p>	<p>Samtaler om alkohol er tabu</p> <p>Kunnskap gir trygghet til samtaler om skadevirkning.</p> <p>Forutsetning for samtaler om alkohol er fortrolighet og i naturlig sammenheng.</p> <p>Hva skal gjøres med svaret? Mangler mulighet til å henvise pasienten videre</p>	<p>Skam og skyld</p> <p>Mangler kunnskap om alkohol</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Mangler ressurser</p>	<p>Stigma og skam</p> <p>Kunnskap</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Tid og ressurser</p>

	<p>Sykepleier beskriver at spørsmålet blir ikke stilt fordi hun ikke vet hva hun skal gjøre med svaret.</p> <p>Sykepleierne beskrev stort ansvar når det gjelder å møte pasientene med respekt, ikke være dømmende.</p> <p>Kunnskap og kompetanse om emnet gjør det lettere å forklare at selv små endringer kan ha stor betydning for helsen. Trening og gode samtaleteknikker hjelper.</p> <p>Personlige vurderinger angående alkohol påvirket pasientsamtalene. Egen alkoholbruk påvirker om alkoholrelaterte samtaler tas opp av sykepleier.</p>	<p>Ønsker å møte pasientene med respekt.</p> <p>Trenger kunnskap og kompetanse i gjennomføring av samtaler.</p> <p>Sykepleierens egne holdninger og alkoholbruk påvirker samtalene.</p>	<p>Ikke moraliserende</p> <p>Mangler ferdigheter/ Mangler kunnskap</p> <p>Egne holdninger til alkohol</p>	<p>Sensitivt tema</p> <p>Kunnskap</p> <p>Alkohol som kultur</p>
Beich et al., 2002	<p>Legene mente at å systematisk intervjuer unge mennesker om alkoholbruk ikke var deres jobb, de mente at de unge ville vokse fra risikofylt drikking. Noen leger mente det var viktig å ta opp drikkekuler med de unge, men syntes det var vanskelig å gjøre det.</p> <p>De fleste av legene mente at pasienten ikke var ærlig i AUDIT kartleggingen. Legene mente at de som drakk mye ikke ville delta i kartlegging eller at de svarte uærlig.</p> <p>Nesten alle legene hadde opplevd negative reaksjoner fra pasientene, fra å bli ukomfortabel til skamfull og lyver om drikking, til å skifte lege.</p> <p>De fleste pasientene reagerte positivt på at legen bryr seg om den totale helsen og deres velbefinnende.</p> <p>Legene som gjennomførte screening, fulgte ikke opp pasienten på dette emne senere. Legen følte de hadde invadert privatlivet med å spørre og lot tema ligge.</p>	<p>Legene mener det ikke er deres jobb å drive forebygging, eller at det er vanskelig</p> <p>De som drikker mye, er ikke ærlige om det.</p> <p>Legene opplever negative pasientreaksjoner</p> <p>Pasientene reagerer positiv på spørsmål om alkohol</p> <p>Legene føler de har invadert privatlivet og følger ikke opp etter kartlegging</p>	<p>Behandling kontra forebygging</p> <p>Underrapporterer</p> <p>Sensitivt tema/ Stigma og skam</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Privat anliggende</p>	<p>Tid og ressurser</p> <p>Stigma og skam</p> <p>Stigma og skam</p> <p>Sensitivt tema</p> <p>Sensitivt tema</p>

	<p>Å gi råd om alkoholkonsum er den del av helseoppfølgingen, men veiledning om alkohol får lett en moralsk dimensjon. Legene syntes det ble vanskelig å ivareta lege-pasientforholdet.</p> <p>Legene mente de manglet rett kommunikasjonsferdigheter for denne type samtaler. Og i noen tilfeller at deres egen holdning var upassende. De følte de ble som en sensor på eksamen eller en dommer</p>	<p>Veiledning om alkohol blir lett moraliserende. Legene er redd for å skade relasjonen</p> <p>Manglende kommunikasjonsferdigheter eller negativ holdning hos legen</p>	<p>Ikke moraliserende</p> <p>Mangler ferdigheter/ Egne holdninger</p>	<p>Sensitivt tema</p> <p>Kunnskap Sensitivt tema</p>
Broyles et al., 2012	<p>Sykepleierne i sengeposten var tydelige på at manglende alkoholrelatert kunnskap og ferdigheter var en mulig barriere for screening for alkoholbruk. De rapporterte generell brist i å identifisere og klassifisere alkoholrisiko og brist i å identifisere rett mål eller intervensjon for hvert nivå av risiko.</p> <p>Sykepleierne brukte personlige erfaringer som målestokk og dette påvirket om de mente at pasienten drakk for mye eller trengte intervensjon. Var redd for å virke hyklersk siden de drakk alkohol selv.</p> <p>Sykepleierne hevdet at det var uoverensstemmelse mellom profesjonene når det gjaldt alkoholsaker og hevder at legene ser på sykepleier som om de har laget mer-arbeid til dem hvis det er avdekket et alkoholrelatert problem.</p> <p>Deltagerne uttrykker bekymring for at pasienten vil nekte, bli sint, fornærmet, være uærlig i en setting med alkoholrelatert samtale. Sykepleierne beskriver at pasientene blir defensive, de føler seg irettesatt, de blir opprørte når sykepleier snakker om ting pasientene ikke mener er relevante til innleggelsen.</p>	<p>Mangler alkoholrelatert kunnskap og ferdigheter er en barriere for samtale</p> <p>Bruker egne erfaringer som målestokk og var redd for å virke hyklersk.</p> <p>Å avdekke alkoholproblem er merarbeid til legene</p> <p>Helsepersonell frykter negative reaksjoner fra pasientene.</p>	<p>Mangler kunnskap om alkohol/ Mangler ferdigheter</p> <p>Egne holdninger til alkohol/ Hva er normalt?</p> <p>Mangler ressurser</p> <p>Redd for negative reaksjoner/Vil ikke skade relasjonen</p>	<p>Kunnskap</p> <p>Alkohol som kultur</p> <p>Tid og ressurser</p> <p>Sensitivt tema</p>

	<p>Sykepleierne uttrykker usikkerhet om egen evner til å utføre alkohol screening og om de kan prioritere det i forhold til alle andre oppgaver.</p> <p>De ønsker å lære kommunikasjons teknikker og strategier for å diskutere alkoholbruk med pasientene. Det hevdes at de lærer for lite om alkohol i sykepleieutdanningen og at dette også gjelder for legenes utdanning/ kunnskap.</p>	<p>Sykepleierne ønsker mer kunnskap om alkohol og om kommunikasjon.</p>	<p>Mangler kunnskap om alkohol/ mangler ferdigheter</p>	<p>Kunnskap</p>
Reinholdz et al., 2016	<p>Sykepleierne manglet engasjement når det gjelder å jobbe med alkoholrelaterte spørsmål. Dette på tross av at de mente alkohol kunne være underliggende årsak for symptomene</p> <p>De rapporterte også at de manglet kunnskap om alkohol, risikofylt drikking og særlig om hvordan de skulle veilede i forhold til risikofylt alkoholbruk.</p> <p>Manglende kunnskaper førte til lav selvsikkerhet og til usikkerhet i alkoholspørsmål. Dette førte til at det ble unnlatt å spørre, og ikke minst fordi alkohol ble betraktet som sensitivt tema. Helsearbeiderne er redde for å skade relasjonen</p> <p>Andre hadde god trygghet til å spørre om alkohol og opplevde ikke at pasientene ble fornærmet. Spørsmålene handler om å bry seg og pasientene er mer misfornøyde om de ikke blir spurt. Det er viktig å spørre i en naturlig kontekst slik at pasienten ikke føler seg utsatt.</p>	<p>Manglet engasjement til å jobbe med alkoholspørsmål</p> <p>Sykepleierne manglet kunnskap om alkohol og om veiledning.</p> <p>Manglende kunnskap førte til lav selvsikkerhet i samtaler. Alkoholsamtaler er sensitivt, og relasjonen kan lide</p> <p>Å spørre om alkohol er å bry seg om pasienten. Naturlig kontekst er viktig for å ikke fornærme.</p>	<p>Egne holdninger til pasienten</p> <p>Mangler kunnskap om alkohol/ Mangler ferdigheter.</p> <p>Manglende kunnskap/ Vil ikke skade relasjonen.</p> <p>Ikke- moraliserende</p>	<p>Stereotype holdninger</p> <p>Kunnskap</p> <p>Kunnskap/ Sensitivt tema</p> <p>Sensitivt tema</p>
Lock et al., 2002	<p>Beskriver alkoholkonsum som det vanskeligste tema å ta opp, fordi det er lett å gjøre pasienten opprørt.</p> <p>Sykepleierne beskriver at pasients reaksjon til alkohol og drikkemønster spenner fra aggresjon, via forlegenhet og mangel på interesse og apati, til mer positiv respons der de kan diskutere emne rimelig åpent. I hovedsak var reaksjonene negative, fra aggressive til forlegenhet og skyld. Dette førte til manglende engasjement til å ta spørsmålet opp.</p>	<p>Vanskelig tema, lett å gjøre pasienten opprørt.</p> <p>Mye negative reaksjoner ble en barriere for samtaler</p>	<p>Vil ikke skade relasjonen</p> <p>Redd for negative reaksjoner/Vil ikke skade relasjonen.</p>	<p>Sensitivt tema</p> <p>Sensitivt tema</p>

	<p>En annen barriere var at sykepleierne mente at pasienten snakker ikke sant om eget alkoholkonsum. Rådgivning ble derfor gitt med mange reservasjoner.</p> <p>Uklarhet om hva som er anbefalt mengde alkohol for lavrisiko alkoholkonsum.</p> <p>En grunn til sykepleiernes nøling i alkoholrelatert arbeid er holdninger til den sosiale- og mestringsfunksjonen alkohol ser ut til å ha for pasienten og den utbedte aksepten for tung drikking i Nordøst England. Også sykepleiernes egne holdninger og bruk av alkohol påvirker.</p> <p>Overså overforbruk av alkohol bl.a. hos eldre med det syn at det var for sent i livet å gjøre noe med alkoholrelatert helseskade.</p> <p>Stor variasjon i hvor mye kompetanse og trening sykepleierne har i samtaler om helsefremming. De fleste har ikke opplæring eller erfaring i alkohol relaterte samtaler.</p>	<p>Rådgiving ble gitt med mange reservasjoner fordi det ble vurdert at pasientene ikke snakker sant om alkoholkonsum</p> <p>Uklare retningslinjer</p> <p>Sykepleiernes holdning til alkoholens sosiale funksjon påvirker samtalene.</p> <p>For sent for de eldre å gjøre endringer i forhold til helse.</p> <p>Mangler kompetanse og ferdigheter</p>	<p>Egne holdninger til pasienten Underrapporterer</p> <p>Mangler kunnskap om alkohol</p> <p>Egne holdninger til alkohol.</p> <p>Egne holdninger til alkohol/ Manglende kunnskap om alkohol.</p> <p>Mangler kunnskap/ Mangler ferdigheter</p>	<p>Stereotype holdninger Stigma og skam</p> <p>Kunnskap</p> <p>Alkohol som kultur</p> <p>Stereotype holdninger/ Kunnskap</p> <p>Kunnskap</p>
<p>Arborelius og Thakker, 1995</p>	<p>Hovedgrunn til å ikke snakke om alkohol med pasientene var lite tid og at legene var redd for å skade relasjonen med pasienten.</p> <p>Legene mener at pasienten som drikker for mye, er vanskelige å nå fram til og at de bare lyver og forneker alkoholbruken. Denne holdningen antyder at legene har en dømmende holdning ovenfor de som drikker mye. Med denne holdningen er der risiko for konfrontasjon med pasienten.</p> <p>Dømmende holdning kan ha sammenheng med manglede erkjennelse av at stor-drikkere kan ligne hvem som helst av</p>	<p>Har for lite tid og er redd for å skade relasjonen</p> <p>De som drikker mye, er ikke ærlige om det. Dømmende holdning hos legen kan føre til konfrontasjon.</p> <p>Stor-drikkere ligner hvem som helst av oss</p>	<p>Mangler tid og ressurser/ Vil ikke skade relasjonen</p> <p>Egne holdninger til pasienten. Underrapporterer</p> <p>Egne holdninger til pasienten</p>	<p>Tid og ressurser Sensitivt tema</p> <p>Stereotype holdninger</p> <p>Stereotype holdninger</p>

	<p>oss. Legene hadde stereotype holdninger til hvordan en storforbruker av alkohol er.</p> <p>Uklare grenser mellom hva som er sosialdrikking, problematisk drikking og alkoholisme. Det oppstår en konflikt i angående pasientens integritet der legen mener at hvor mye de drikker er deres egen sak.</p> <p>Dette kan ha sammenheng med legens egne alkoholvaner.</p>	<p>Samtalen påvirkes av hva som er sosialt akseptert. Kan henge sammen med legens egen alkoholbruk.</p>	<p>Hva er normal bruk?</p>	<p>Alkohol som kultur</p>
--	--	---	----------------------------	---------------------------



Tabell 4. Kvalitativ metasummering

Artikkel	Subtema	Sensitivt tema					Stigma og skam		Stereotype holdninger		Alkohol som kultur		Kunnskap		Tid og ressurser			intensitet
		Sensitivt tema	Vil ikke skade relasjonen	Alkohol er privat anliggende	Redd for negative reaksjoner	Ikke moraliserende	Under rapporterer	Skyld og skam	Egne holdninger til pasientene	Vanskelig m øvre lag av folk	Egne holdninger til alkohol	Hva er normalt ?	Mangler kunnskap om alkohol	Mangler kunnskap /ferdigheter	Behandling/forebygging	Mangler tid og ressurser	Komplekst tema	
Nygaard og Aasland, 2011			x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x			10
Hellum et al., 2016			x	x		x			x	x	x		x		x	x	x	10
Aalto et al., 2003		x					x	x					x				x	5
Johansson et al., 2005		x	x										x		x			4
McCormick et al., 2006		x										x	x					3
Jonsson et al., 2013		x				x		x	x		x	x	x		x			8
Beich et al., 2002		x		x		x	x	x					x	x				7
Broyles et al., 2012					x		x				x	x	x		x			6
Reinholdz et al., 2016						x			x				x	x				4
Lock et al., 2002					x		x	x	x		x		x	x				7
Arborelius og Thakker, 1995			x				x		x							x		3
<b>Frekvens</b>		5	4	3	3	5	6	5	5	2	4	2	7	8	3	5	2	
		20					11		7		6		15		9			

Tabell 4 for kvalitativ metasumming viser hvordan funnene er delt i seks hovedkategorier og hvordan subtemaene er inndelt under disse. Tabellen viser hvordan hver av studiene bidrar til funnene og med hvilken intensitet. Her vises for eksempel at Nygaard og Aasland og Hellum et al. sine studier bidrar kraftig med intensitet på 10 av 16 subtema. Kategoriene Sensitiv tema og Kunnskap er beskrevet henholdsvis 20 og 15 ganger i studiene.

## 5.0 Resultat

Metasynthesen er kommet til trinn 7 i analyseprosessen for metaetnografi. I dette kapitlet presenteres funn fra analysen og syntesen som ble gjort i kapittel 4. Funnene blir presentert i seks underkapitler som representerer hovedfunnene for analysen.

### 5.1 Sensitivt tema

Denne studien spør om hvorfor det er så vanskelig å snakke om alkohol, og en av grunnene til dette er nok at det betraktes som et veldig sensitivt tema å ta opp. Helsepersonell, både leger og sykepleiere, er redde for å tråkke over pasientenes grenser eller å oppleves som moraliserende. Helsepersonell er avhengige av en god og tillitsfull allianse med pasientene og å ikke havne i negative diskusjoner. Frykten for å skade relasjonene handlet ofte om at helsepersonell hadde opplevd at noen pasienter ble sinte og noen hadde til og med avsluttet behandlingsrelasjonen (Nygaard & Aasland, 2011, s. 56; Beich et al. 2002, s. 870- 872).

Flere av studiene beskriver nødvendigheten av å velge rett tidspunkt og en naturlig sammenheng for å ta opp spørsmål om alkoholbruk. Helsepersonell syntes det var lettes å spørre når sykdom eller skade åpenbart kunne knyttes til bruk av alkohol. Dersom dette ikke var tydelig følte de ikke at spørsmålet var berettiget og at det kunne oppfattes som dømmende og derfor skade relasjonen (Hellum et al., 2017, s. 425). En generell screening av alkoholvaner hos alle pasientene oppleves som vanskelig og at det lett kommer i konflikt med et godt pasientforhold. Det samme gjaldt også for mulighet til å følge opp intervensjoner og til å følge opp konsultasjoner videre (Johansson et al., 2005, 1049-1053).

#### 5.1.1 Sensitivt tema

Et av hovedfunnene i Aalto et al. (2003, s. 171) sin studie var at helsepersonell føler seg usikre på hvor legitimt det er å innlede samtaler om alkohol med pasientene. Selv om det viser seg at de fleste pasientene ikke vil ha noe imot dette, er ikke det nok til å overbevise

helsepersonellet. De fleste vil ikke føle seg komfortable med å diskutere alkohol med pasientene uten at der foreligger symptomer eller funn som kan relateres til alkoholbruk.

Det må være en klar grunn for at det spørres om alkoholvaner, siden alkohol er å betrakte som et særlig sensitivt tema, sier Johansson et al. (2005, s. 1049-1053) i sin studie. Non-verbale signaler fra pasienten, eller en følelse av at relasjonen med pasienten vil bli skadet eller opphøre dersom de spurte om alkohol var grunner til at slike samtaler ikke ble gjennomført. «it will be a little bit difficult if you are going to ask all patients, because they may wonder whether it is your business if they are coming to the health care for something that is not alcohol-related» (Johansson et al., 2005, s. 1049-1053).

I studien av McCormick et al. (2006, s. 966-972) er hensikten å se på hvordan helsepersonell faktisk snakker, når de snakker om alkoholbruk med pasientene. Det ble her kartlagt adferd som indikerer at den som spør er veldig ukomfortabel. Det handler om nøling, stotring, upassende latter og vage uttalelser. Denne adferden ble ikke observert når det ble snakket om andre livsstilsrelaterte spørsmål. Dette indikerer at sosialt stigma assosiert med overforbruk av alkohol påvirker hvordan helsepersonell håndterer samtalen. «Patient A: «Well, I know I do drink more than I should». Provider 8: «Um, and uh, one of the other things that we had talked about in your follow-up visit is uh, um, is uh, you know, talked about the alcohol and uh, uh...»» (McCormick et al., 2006, s. 966-972).

Den klare unngåelses adferden som McCormick et al. (2006, s. 966-972) finner tolkes som at helsepersonell ser på alkoholbruk som et veldig sensitivt tema. Pasientene kunne fortelle om høyt konsum og negative helsekonsekvenser, men legene fulgte ikke opp det som ble lagt frem. Noen skiftet tema, andre snakket ned betydningen av det som ble fortalt eller avviste det. «Patient A: «Six beers...or maybe even 8 sometimes». Provider 1: «Okay. Okay. Have you been able to take your medication on a regular basis? » (McCormick et al., 2006, s. 966-972). Selv når pasientene prøvde å vende tilbake til alkohol- relasjonen var det sjelden emnet ble tatt opp igjen. I bare 7 av 39 analyserte samtaler ble emnet fulgt opp, men da i hovedsak med lukkede spørsmål som «hvor mye har du drukket i dag?» Eller: «var det før

lunsj?» I 23 av studiene ble det gitt råd om både alkohol og røyking. Angående røyking var rådene klare og tydelige og det ble i tillegg brukt tid på rådgiving om hvordan pasienten kunne nå mål om reduksjon. I kontrast til dette var uttalelser om alkohol tvetydige og nølende. Rådgivingen var vag og forsiktig, og det ble ikke gitt råd om mengde. Direkte råd om hvordan pasienten skulle gå frem for å endre drikkemønster var omtrent ikke-eksisterende. Helsearbeiderens var tydelig ukomfortabel i samtalene om alkohol, dette viste seg i nøling og stotring, upassende latter og tvetydige uttalelser og var gjeldene i alle samtalen i studien. Det vises i McCormic sin studie til at dette også kan gjelde for noen andre tema, som HIV pasienter, rusmiddelbrukere med smerter eller depresjoner, altså tilstander der det ikke var en standard fremgangsmåte. Dette forstås som at helsetilstand eller levesett som forbindes med sosialt stigma påvirker samtalekvaliteten negativt (McCormick et al., 2006, s. 966-972).

I Jonsson et al. sin studie (2013, s. 6-7) beskriver sykepleierne at de prøver å finne naturlige settingen for samtaler om alkohol. Det at pasienten var åpen for å snakke om dette var en forutsetning for om samtalene kunne gjennomføres. Hvis pasientene gav unnvikende svar eller byttet tema så lot de spørsmålet ligge. En sykepleier fortalte at etter at hun hadde forklart en pasient med sår om alkoholens påvirkning på sårtilheling, så slo pasienten informasjonen fra seg og brøt kontakten.

De fleste av legene hadde opplevd negative reaksjoner fra pasienter i forhold til samtaler om alkohol. Reaksjonene varierte mellom at pasientene ble ukomfortable eller forlegne, til å lyve om forholdene. De fleste pasientene reagert allikevel positivt og forstod at screeningen var en del av god helseoppfølging (Beich et al., 2002, s. 870- 872).

### 5.1.2. Vil ikke skade relasjonen

Nygaard og Aaslands studie (2011) fant at legene var bekymret for den negative effekten det å ta opp spørsmål knyttet til alkoholbruk kunne ha på relasjonen til pasienten. Det var veldig

viktig for dem at pasienten hadde tillit til legen sin. Legene mente at det var avgjørende viktig for å gi god behandling at der var gjensidig tillit i relasjonen:

*Those times when I do not ask (about alcohol) it is because it is a little, you know, you are actually also a little afraid of the patient's reaction. You may risk almost breaking the alliance and end up in a discussion...those are sensitive issues. (Nygaard & Aasland, 2011, s. 56)*

Noen leger hadde opplevde at pasientene skiftet lege umiddelbart etter at de hadde spurt dem om alkoholbruk. Legene oppgav at noe av problemet med å snakke med pasientene om alkohol var deres egen frykt eller utilstrekkelighet. Det ble sagt slik: «*I have experienced that when I ask about alcohol, the patient changes his physician immediately*» og «*I must admit that I am a little too weak or a little too afraid to ask questions about alcohol use to my patients*» (Nygaard & Aasland, 2011, s. 56). Legene var også tydelige på at dersom pasientene oppsøkte dem for andre ting, ville de helst ikke spørre om alkoholbruk: «*If they are there to see me for another problem, I would not dare to ask them about alcohol*» (Nygaard & Aasland, 2011, s. 56).

Reinholdz et al. viser i sin studie til at flere av deltagerne hadde følt usikkerhet med tanke på å spørre om alkoholkonsum og det hadde ført til at slike samtaler ikke ble gjennomført. En av grunnene til usikkerheten var at alkohol ble ansett å være et sensitivt emne og helsepersonellet var redd for å krenke pasienten og skade relasjonen. «*If you ask the question in the wrong manner, or in a way that the patients experience as offending...//...the relationship can be affected*» (Reinholdz et al., 2016).

Når legene i Arborelius og Thakker sin studie blir bedt om å angi med egne ord hva de ser som den største barrieren for å snakke om alkohol, svarer de mangel på tid og frykt for å skade relasjonen til pasienten (1995, s. 420).

Hellum et al. (2016) beskriver flere viktige barrierer for samtaler om alkoholkonsum. Sykepleierne svarte at generelt så de ikke på alkohol som tabubelagt, men de lot være å innlede samtaler om tema fordi de mente de ikke hadde kunnskap om hvordan de kunne ta det opp på en respektfull måte slik at pasienten var mottagelig (Hellum et al., s. 420). Det ble også undersøkt om det var lettere å ta opp emnet dersom det allerede var påvist et overforbruk eller når pasienten tok det opp selv. Generelt syntes de fleste at det var lettere å ta det opp der det var et tydelig alkoholavhengighetsproblem. Det betraktes også som mye lettere å snakke om alkohol dersom pasienten tok det opp selv og uttrykte ønske om hjelp. Sykepleierne så det som sin jobb å gi informasjon om konsekvensene av høyt alkoholforbruk, men samtidig, dersom pasienten ikke ønsket å snakke om dette var det ikke lett å presse samtalen gjennom (Hellum et al., s. 425).

### 5.1.3 Alkohol er et privat anliggende

Nesten alle sykepleierne i Hellum et al. sin studie uttrykte bekymringer omkring å snakke om alkoholkonsum på flersengsrom. De fryktet for at dette ble oppfattet som invasjon av privatlivet til pasientene. Følgende sitat beskriver dette: « It can be difficult to help patients filling in the questionnaire when they are in multi-bed rooms. I think that's problematic because we have to talk quite loudly about the questions in it» (Hellum et al., 2016, s. 422). Det så ut for at sykepleierne betraktet emnet som et så ekstremt privat spørsmål, og aldeles ikke noe du pratet om foran andre. Til sammenligning kom det frem at de syntes det var lett å snakke om røyking, diett og trening (Hellum et al., 2016, s. 423).

På tross av at pasientene ofte reagerte positivt på spørsmål om alkoholforbruk, fulgte ikke legene opp tema videre. Flere av legene følte at de hadde invadert privatlivet med å spørre første gang og lot derfor tema ligge. Andre av legene kunne ikke gi svar på hvorfor de ikke fulgte opp avdekket overkonsum ved senere samtaler (Beich et al., 2002, s. 870- 872).

#### 5.1.4 Helsepersonell er redd for negative reaksjoner

I forhold til kartlegging av alkoholbruk var sykepleierne bekymret for om pasientene fornektet eller ble sinte. Sykepleierne var redde for at pasientene ble fornærmet, lyver eller viser aggresjon i samtaler om dette. Mange sluttet seg til denne beskrivelsen fra en av dem: « They get defensive, » «They say we´re lecturing them» og «It definitely gets patients aggravated when you try and talk about things that they don´t think is related to why they´re there»(Broyles et al., 2012). I noen tilfeller var frykten for negative reaksjoner fra pasientene forbundet med andre forhold, som aldersforskjell og kjønn. Flere av sykepleierne var unge damer, mens mesteparten av pasientene var eldre, mannlige krigsveteraner (Broyles et al., 2012).

Alkoholkonsum ble beskrevet som det vanskeligste emne å håndtere siden det er så lett å gjøre pasienten opprørt. Sykepleierne persepsjon av pasientreaksjonene varierte fra aggresjon, via forlegenhet, manglende interesse og apati, til mer positive responser der pasienten var nokså rett frem og gjerne kunne snakke om tema. Men, i hovedsak forventet sykepleierne negative reaksjoner til alkoholrelaterte samtaler. Reaksjonen var hovedsakelig enten aggresjon eller skyld og skam. Dette førte til at sykepleierne ikke var motiverte til å gjennomføre samtalene (Lock et al., 2002, s. 337).

Nesten alle legene i Beich et al. sin studie (2002, s. 870- 872) hadde opplevd negative reaksjoner fra pasienter på spørsmål om alkoholvaner. Reaksjonene spente fra at pasientene føle seg utilpass eller forlegne til at de løy om sine drikkevaner. Noen hadde endatil skiftet lege. Å ta opp spørsmålet om alkoholvaner var vanskelig for sykepleierne også, de beskriver sin egen og pasientenes reaksjon som veldig følelsesladet. En sa at dette var dette vanskeligste å snakke om fordi det ofte gjorde pasienten opprørt (Lock et al., 2002, s. 338). I Jonsson et al. sin studie (2013, s. 6) har hjemmesykepleieren også beskrevet at de synes samtaler om alkohol er vanskelige. Tema ble oppfattet som et tabubelagt område, assosiert med skyld og skam. Lang yrkeserfaring og erfaring med alkoholrelaterte samtaler gjorde sykepleierne tryggere i gjennomføringen.



Helsepersonell er kjent med at de kan møter negative reaksjoner fra pasienter når de spør om alkohol. Reaksjonene varierer fra å føle seg utilpass til å bli skamfulle. Noen vil ikke være ærlige om alkoholbruken og skifte lege. Helsepersonell mente allikevel at relasjonen de hadde med pasientene ofte var sterkt nok til at de kunne gi råd om fornuftig bruk av alkohol, og at det var god omsorg å gjøre det. Faktisk var det ofte pasientene reagerte positivt på at helsepersonell brydde seg om mer enn de vanlige skavankene. På tross av dette viste det seg at helsepersonell ikke fulgt opp spørsmålet om alkohol ved senere konsultasjoner. For noen handlet dette om at de følte de hadde invaderte privatlivet ved å spørre første gang og derfor lot tema ligge (Beich et al., 2002, , s. 870- 872). McCormick et al. (2006, s. 966-972) viser også i sin studie at pasienter kan gi viktig informasjon om alkoholvaner, men at helsepersonell ikke følger opp i samtalen videre.

Helsepersonell forventer ofte at pasientene ikke vil snakke om alkohol, men mange ønsker faktisk en dialog om egen alkoholbruk. Når det velges rett tidspunkt og situasjon for denne type samtale føler mange en lettelse over å få tatt dette opp. Å spørre om alkohol handler om å bry seg. Noen pasienter var til og med misfornøyde hvis de ikke ble spurt. Men igjen, konteksten var viktig for at pasienten ikke skulle føle seg utsatt (Reinholdz et al.,2016).

#### 5.1.5 Ønsker ikke å oppfattes som moraliserende

I Nygaard og Aasland sin studie er legene tydelige på at de ikke ønsker å fremstå som moralsk foresatte for pasientene sine. Det blir gjerne uttrykt som: hvem er jeg til å definere hva som er normalt når det gjelder alkoholinntak. Det er tydelig at dette er en barriere for å snakke om alkohol med pasientene. Det er illustrert med dette sitatet: *«I feel that it, uhm, I am very conscious about that- that I do not want to appear as a moralist in this field. And I am worried that one (patients) will feel that I raise a condemning finger»* (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54).

Sykepleierne i Jonsson et al. (2013, s. 6) sa at de følte det som et stort ansvar å møte pasientene med respekt, at de ikke ble oppfattet som dømmende i samtaler om alkohol. En

sammenlignet samtaler om alkohol med andre samtaler om livsstil, som for eksempel overvekt: «bara før någon er överviktig, så var det inte självklart att prata motion och matvanor hur som helst» (Jonsson et al., 2013, s. 6).

Legene så helseforbygging som en viktig del av sitt arbeid og de så på veiledning angående alkohol som en del av dette. Veiledning i spørsmål om alkohol ble ansett å være vanskelig og at det lett fikk en dimensjon av utilsiktet moralisme. Legene opplevde at screening for høyt alkoholkonsum lett kunne komme i konflikt med å ivareta et godt lege- pasient forhold (Beich et al., 2002, s. 870- 872).

Helsepersonalet i Reinholdz et al. sin studie var også opptatt av å ikke fornærme pasientene. De fleste ansatte sa allikevel at de følte seg trygge med tanke på å spørre om alkohol. De mente at de viste omsorg ved å spørre og at spørsmålet ble tatt imot som det (2016).

Samtaler om alkohol og helse betraktes som en vanskelig oppgave som lett kan oppfattes som moraliserende. Det blir vektlagt at tillit og et godt lege- eller sykepleier- pasientforhold er nødvendig for å ta opp alkoholspørsmålet. Studiene viser at helsepersonell ikke føler seg berettiget til å gi råd om noe pasienten ikke har bedt om, og tenker: hvem er jeg til å fortelle deg hvordan du skal leve livet ditt (Nygaard & Aasland, 2011, s. 56; Broyles et al., 2012). Både leger og sykepleiere beskriver både sin egen og pasientenes reaksjon i forhold til alkohol som følelsesladet. Helsepersonalets egen usikkerhet om hvordan de skulle snakke om tema gjorde at de ofte lot de være. I flere av primærstudiene ble det funnet at helsearbeiderne opplevde at de manglet kunnskap og ferdigheter i hvordan de kunne ta opp tema på en respektfull måte (Johansson et al., 2005, s. 1049-1053; Reinholdz et al., 2016). Legene i Nygaard og Aaslands studie (2011, s. 56) mente at deres oppgave var å behandle sykdom, mer enn å oppdage mulige problemer og brukte dette som unnskyldning for å ikke snakke om alkoholbruk. Samtaler om andre livsstils relaterte tilstander forekom det allikevel at de tok.

## 5.2 Stigma og skam

Stigma og skam er satt som overskrift for det neste hovedfunnet. Her er underrapportering og skyld og skam brukt som subtema. Disse funnene handler om barrierer knyttet til pasienten selv i forhold til å snakke om alkohol. Stigma og skam handler om å kjenne på at man blir dømt som menneske, at ens verdighet blir krenket.

### 5.2.1 Pasienten underrapporterer

Flere av primærstudiene finner at helsepersonell ikke tror at alle pasientene oppgir hvor mye de faktisk drikker når de blir spurte om det. Særlig der det er mistanke om skadelig høyt forbruk, mener de at pasienten bevisst underestimerer. For fastlegene i Nygaard og Aaslands studie (2011) var det viktig å få klargjort forbruksnivået. Denne informasjon ble innhentet ved å spørre pasienten direkte. Dette reiste i neste omgang spørsmål om sannheten i svaret. Dette ble uttrykt av legene som: «*But the problem is that they underreport their consumption. And then they look at you and say «besides, it is healthy with a little alcohol»*» (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54).

Det at pasientene bevisst underestimerer sitt alkoholkonsum blir ofte sett på som et hovedproblem med tanke på å identifisere dem som drikker for mye. Ingen av sykepleierne eller legene som deltok i Aalto et al. sin studie (2003, s. 171) tok «forglemmelsen» som et tegn på hukommelsessvikt. «... I think surely 90 % (of heavy drinkers) underestimate (how much they drink) » (Aalto et al., 2003, s. 171).

De fleste allmennlegene i Beichs studie (2002, s. 870- 872) var overbevist om at pasientene ikke var ærlige når de besvarte AUDIT kartleggingen. Det ble beskrevet slik: «Some patients give false answers. They get a low score and are not in for counselling, so we don't waste our energy on them. That's a good thing about the questionnaire» (Beich, 2002, s. 870- 872).

Mer en halvparten av sykepleierne som deltok i studien til Lock et al. (2002) mente at pasientene ikke var ærlige om alkoholkonsumet sitt. En av sykepleierne uttrykte det slik i forbindelse med drikking hjemme:

...what people's idea of a glass of wine was in these great big goblets, well, you now, you say you'd have 3 glasses of wine, is that at half bottle of wine, oh no it's a bottle of wine, you know, and things like this. (Lock et al., 2002, s. 339)

Det at sykepleierne ikke følte de kunne stole på informasjonen de fikk om hvor mye pasienten drikker, gjorde at de distanserte seg i den videre samtalen. Så om pasienten var ærlig eller ikke, viste det seg at sykepleierne forholdt seg med en viss tvil og usikkerhet til informasjonen og gav derfor råd og informasjon med en stor grad av reservasjon (Lock et al., 2002, s. 338).

At pasienten ble oppfattet som at de ikke alltid var ærlige om hvor mye de drakk var også nevnt i Broyles et al. sin studie (2012). Det ble sagt slik: « ...they're not always honest about how much they're drinking» (Broyles et al., 2012). Sykepleierne oppgav som en barriere for samtalen at pasientene kunne reagere med fornektelse, sinne, bli krenket, aggresjon eller uærlighet.

Halvparten av legene i Arborelius og Thakker sin studie (1995) mente at antallet pasienter som hadde et skadelig høyt alkoholbruk var høyere enn det de hadde kartlagt selv. Noen behandlere uttrykte spontant frustrasjon over at de ikke fikk pålitelige svar når de spurte pasientene om alkoholkonsum. Dette ble uttrykt som: « The excessive drinkers are hard to single out», « you do not reach those who lie and deny». Videre ble det sagt at: « Denial by the patients is a major stumbling- block» og «I have not succeeded in identifying a single excessive drinker» (Arborelius & Thakker, 1995, s. 420).

### 5.2.2 Skyld og skam

Primærhelsetjenesten og fastlegekontorene som var deltagere i Nygaard og Aasland sin studie (2011) blir sett på som den naturlige settingen for alkoholrelaterte samtaler og for å

oppdage helseproblemer knyttet til dette. Mange av fastlegene omtaler alkoholproblem som forbundet med skam og stigmatisering. En uttalte seg på denne måten:

*This issue is associated with shame. Actually, it is an interesting issue: this field is the dynamics of shame. That is the reason why it is suppressed. As a matter of fact, I think it is a very interesting theme».* (Nygaard & Aasland, 2011, s. 53)

Videre er det i forbindelse med søkelys på forskjellen mellom alkoholproblemer og andre helserelaterte problemer, forklart hvorfor det er vanskelig å stille spørsmål om alkohol på grunn av stigma og skam. En lege sa det på denne måten: «*...much more complex problem, as a matter of fact. And then there is the shame and stigma related to this issue in a different way that makes it a lot harder to ask about*» (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54).

En annen lege kobler skammen og stigma til behovet for å ha systematiske måter å innhente informasjon om pasientenes alkoholbruk og drikkemønster: «*I have a strong feeling that this is an area that needs systematic screening. This issue is covered by shame. Somehow, it is a very interesting topic because the dynamics of shame surround this field*» (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54).

Diskusjonen mellom fastlegene om hvordan de ser på alkohol viser at dette har mange sider ved seg. Fellesnevneren er at dette er et vanskelig tema å ta opp med pasientene fordi alkohol har så mange konasjoner knyttet til seg (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54). Også i Hellum et al. sin studie (2016) syntes sykepleierne samtaler om alkohol var vanskelige og det opplevdes som et tabubelagt område forbundet med stigma og skam. Lang yrkeserfaring og erfaring med alkoholrelaterte samtaler gav større trygghet til å gjennomføre slike samtaler (Jonsson et al., 2013, s. 6).

Helsepersonell mener at de fleste som drikker mye ikke er ærlige om det i for eksempel en Audit kartlegging. Dermed slipper legen eller sykepleieren også å bruke tid på pasienter som ikke er motivert til endring (Beich et al., 2002, s. 870- 872). Dette er et tabubelagt område,

knyttet til skam og skyld og helsepersonell mente de måtte ha gode helsemessige grunner for å ta det opp med pasientene (Jonsson et al., 2013, s. 6). Det viser seg at når helsepersonell gir råd om alkoholvaner blir det gjort med mange reservasjoner, siden de ikke tror at pasienten er helt ærlige (Lock et al., 2002, s. 338). Språket i slike samtaler er stotrende og nølende, og rådene er vage og uklare. Helsepersonell har en tendens til å snakke ned betydningen av drikkingen eller skifte tema, sier McCormick (2006, s. 966-972) i sin studie. Tema undertrykkes fordi det er vanskelig og helsepersonell trår forsiktig for ikke å ødelegge alliansen med pasienten.

### 5.3 Stereotype holdninger

Studiene viser at det er noen stereotypiske holdninger blant helsepersonell til hvem som kan ha et alkoholproblem. Det er på tide å legge bort holdningen om at en med alkoholproblemer er en som ligger i rennesteinen, og erkjenne at pasienter som har et høyt alkoholkonsum ligner på hvem som helst av oss.

#### 5.3.1 Helsepersonells egne holdninger til pasientene

En barriere for alkoholrelaterte samtaler for sykepleieren i Hellum et al. sin studie (2016) var pasientenes fysiske og mentale tilstand. Noen mente at pasienten skulle slippe å forholde seg til mer enn helseproblemene de var innlagt for. Sykepleierne i studien virket ikke til å se muligheten for at sykdomstilstanden kunne være alkoholrelatert. På samme måte som legene, hadde de et ensidig fokus på den somatiske tilstanden som pasienten fikk hjelp for. En annen faktor var alder. Sykepleierne syntes det var vanskelig å ta opp alkoholkonsum både med de helt unge og de eldre pasientene. Det er en utbredt holdning i Danmark at det er vanlig for unge folk å drikke mye og denne holdningen gjaldt også for sykepleierne. Flere av dem hadde ungdommer selv og uttrykte: «There's a party at the weekend and they're admitted to hospital with an alcohol-related injury and you think – this is a phase they're going through and shouldn't we just let them grow out of it» (Hellum et al., 2016, s. 424).

På samme måte var det sykepleiere som ikke så noen grunn til å snakke med de eldre om alkoholbruk, fordi fra sykepleiernes perspektiv, skulle de gamle ha lov til å drikke så mye de ønsket på sine eldre dager. Selv om pasienten ble lagt inn på grunn av fall, så sykepleierne ingen grunn til å snakke med pasienten om alkoholkonsum. Dette på tross av at de visste at det kunne være gode grunner til å ta det opp: « I don't talk to 80+ patients if they drink too much because I think it's too late, the damage has already been done...But they do have slip and fall injuries so we really should talk to them about alcohol as well» (Hellum et al., 2016, s. 424).

De svenske sykepleierne i Reinholdz et al. sin studie (2016) var klar over at de manglet det forventede engasjementet til å gjennomføre korte rådgivingsamtaler om alkoholbruk. De gav uttrykk for at de manglet både kunnskaper og erfaring, men dette endret seg etter gjennomført implementeringsprosjekt prosjektet de var en del av. De så at de kunne bidra til endring i pasientenes alkoholvaner, og fikk samtidig mer kunnskap om at alkohol kunne være en relevant faktor for mange av de symptomene som pasientene hadde.

Noen av hjemmesykepleierne som deltok i Jonsson et al. sin studie (2013, s. 6) vurderte pasientene utfra alder, utseende, stil og oppførsel, samt tidligere oppfatning av pasienten. Personlige oppfatninger og forutinntatte meninger om hvilke pasienter som hadde problemer relatert til alkohol var avgjørende for om de tok samtalen. Slik ble det sagt om en eldre kvinne: «Sen beror det kanskje på vem man har framför seg. Jag steller inte frågan till en dam på 80 år som vill göra allt för att sköta seg. Nej, det gör jag inte» (Jonsson et al., 2013, s. 6).

Sykepleierne i Lock et al. sin studie (2002, s. 339) gav uttrykk for at de var bekymret for enkelte grupper pasienter som drakk mye. Men, samtidig sa de også at de var avslappet for det høye konsumet hos for eksempel pasienter fra middelklassen, gifte folk og medisinstudenter og at de overså det helt hos de eldre. En sa at hun slappet helt av dersom pasienten hadde lignende drikkevaner som hun selv og hadde et ordnet liv. Det at de valgte å overse overdrevet drikking hos de eldre ble forklart med at det var for sent i livet til å bekymre seg for helseskadene det kunne medføre.

Måten legene svarte på i intervjuene antyder at legene hadde en dømmende holdning til pasientene. Holdningen avspeiler seg i uttalelser som: «Difficult to get through to» (Arborelius & Thakker, 1995, s. 421). Slike holdninger, at de kan gjenkjenne de som drikker for mye på den negative adferden deres, er ikke forenelig med å møte pasienten på en god måte. Med en slik negativ holdning er det fare for konfrontasjon mellom lege og pasienten, sier Arborelius og Thakker (1995, s. 421).

### 5.3.2 Vanskelig å ta opp med øvre lag av folket

Følgende sitat beskriver godt neste subtema.

*...because this is a problem that you also find in the upper social segments of society, into the board rooms. Perhaps if there had been a bit more openness, if someone had taken the lead, come out of the closet, so to speak, that would have been great, and it would have made it much easier for us GPs to raise the issue. Because right now you're thinking of an alcoholic like someone lying in the gutter....* (Nygaard & Aasland, 2011, s. 53)

Pasientenes sosioøkonomiske status, høy utdanning og inntekt, er en faktor som påvirker hvordan alkoholbruk blir vurdert. Sykepleierne i Hellum et al. sin studie (2016) gikk ut fra at disse hadde kontroll selv om de hadde høyt forbruk av alkohol og de syntes det var vanskelig å vurdere om konsumet skulle adresseres. De erfarte ofte at selv om pasienten hadde høy score på Audit kartleggingen så ble dette ignorert både av legen, sykepleieren og pasienten selv. Dette ble uttrykt på denne måten av en sykepleier:

*It's difficult to talk to affluent people about this. Often they're better at hiding their alcohol consumption than low-income people who've had their 30 units per day for many years. There's a difference in what type of patient you talk to.* (Hellum et al., 2016, s. 424)

Oppsummert for subtema stereotype holdninger kan det sies at helsepersonell tenker at pasienter med høy sosioøkonomisk status har mer kontroll selv om de har høyt



alkoholkonsum og de fant det vanskelig å vurdere om de skulle ta spørsmålet opp med denne gruppen. Ofte valgte både helsepersonell og pasienten å ignorere en høyt Audit score. Det etterspørres mer åpenhet om at alkoholproblemer også finnes i styrerommene og blant ledere. Åpenhet om dette ville gjort det enklere å ta opp emnet uten å være redd for å fornærme noen (Nygaard og Aasland, 2011, s. 53). I Arborelius og Thakker (1995, s. 420) sin studie vises det at legene tror det er langt flere som har problemer relatert til alkohol enn det som fanges opp i deres praksis. Dette kan ha med å gjøre at legene mangler tro på at de kan gjøre en forskjell for pasienten. En annen forklaring kan være at legene har en stereotyp forståelse av hvem som drikker for mye. Det er vist at omtrent halvparten av legene ser for seg en person preget av et alvorlig alkoholmisbruk når det snakkes om hvem dette er relevant for.

Holdningene ovenfor den som drikker mye er ofte preget av dømmende og negative stereotyper. Helsepersonell sier for eksempel at pasientene bare lyver og forneker, eller de er umulig å komme gjennom til. Slike holdninger, det at du kan gjenkjenne en som drikker for mye alkohol på den negative adferden hans, er ikke et godt utgangspunkt for å gi hjelp og støtte. Med denne typen holdninger er det stor risiko for konfrontasjon med pasienten (Arborelius & Thakker, 1995, s. 421). Dømmende holdninger kan også henge sammen med manglende forståelsen av at den som drikker for mye gjerne er vanlige, velfungerende folk som ligner på hvem som helst av oss.

Det bemerkes også at eget konsum påvirker hva som anses som problematisk bruk hos pasientene. I tillegg kommer legene ofte i et dilemma når det som utenfor kontoret oppfattes som vanlig sosial drikking, påpekes som problematisk og skadelig i pasientmøtene (Arborelius & Thakker 1995, s. 421). I forhold til aldersspørsmålet viser det seg at helsepersonell ofte tenker at de ikke trenger å bruke tid på de unges alkoholbruk, det at ungdommene drikker mye er noe de vil vokse av seg (Hellum et al., 2016, s. 424; Beich et al., 2002, s. 870- 872). Når de gjelder den eldre delen av befolkningen mener helsepersonell noen ganger at de må få gjøre som de vil på sine eldre dager. Denne holdningen blir

begrunnet med at det er for sent i livet å gjøre noe med alkoholrelatert helseskade (Lock et al., 2002, s. 340).

## 5.4 Alkohol som kultur

I metasummeringen er dette emnet delt i to, men det viser seg naturlig å presentere disse delene under ett. Hva som betraktes som normal kultur er en viktig faktor i forhold til barrierer helsepersonell opplevde i forhold til samtaler om alkohol.

### 5.4.1 Legen eller sykepleierens egne holdninger til alkohol, hva er normalt

Flere faktorer knyttet til sykepleierne selv påvirket om de snakket med pasientene som var innlagt i somatisk avdeling om alkoholkonsum eller ikke. En av disse faktorene var sykepleiernes eget forhold til alkohol.

We´ve actually discussed that some of us enjoy a glass of wine every day, and that we might often score 8 or more in Audit, and that we would qualify as candidates for this project...It can be a bit difficult if you like to drink wine yourself- it´s to give others professional advice. (Hellum et al., 2016, s. 420)

Noen av de unge sykepleierne mente at alkohol var en del av det sosiale livet deres og at dette påvirket holdningene deres i forhold til samtaler med pasientene. Det var vanskelig å gi råd om reduksjon av alkoholbruk dersom de drakk regelmessig selv (Hellum et al., 2016, s. 420).

I Jonsson et al. sin studie (2013, s. 6) var de bevisste på at egne holdninger til alkohol ikke burde få påvirkning om de tok samtalen eller ikke. De drøftet hvordan egne erfaringer og holdninger påvirket arbeidet.

Jag kanske inte er rett mann till å prata om alkohol. Jag dricker ju inte särskilt mycket själv. Jag har en försiktig inställning till alkohol. Jag er inte nykterisk eller absolutisk ...  
//Sen er jag kanske lite dårlig på hur mucket... jag skulle inte tycka att det var  
helsosamt att dricka alkohol på veckan överhovedtaget. (Jonsson et al., 2013, s. 6)

I fokusgruppene i Broyles et al. studie (2012) var det gjennomgående lite kunnskap om hva som var anbefalte grenser for lav-risiko alkoholintak. De brukte dermed sitt eget forbruk som mål på hva de anså som grunn til bekymring. « If they just tell me «oh, I drink two beers a night». Alright. I don't see that as a problem, personally. So, I'm not going to be like «Oh, this person's an alcoholic, oh my gosh» (Broyles et al.,2012). En annen sa det slik: « ...if I drink when I'm off work, it's going to be a barrier for me to really talking to someone who's trying to quit drinking...? » «I would feel I was hypocritical. I mean, who am I, you know...? (Broyles et al., 2012).

Det ble også funnet at en viktig grunn til at sykepleierne vegrer seg i alkoholrelatert arbeid kan ses i sammenheng med den sosiale mestringsfunksjonen alkoholen tillegges for pasientene. Det er allmenn aksept for høyt forbruk av alkohol i nordøst England der Lock et al. sin studie er gjort, og dette gjelder nok også for deltagerne i studien. « People enjoy it, they see it as a social thing... I think people are under the impression that it's good for them, I find a lot of patients, and well it 'reliving my stress, things like that» (Lock et al., 2002, s. 338).

Funn viser at noen leger hadde en holdning som sa at hva pasientene drikker er deres egen sak. Dette kan ha å gjøre med legenes egne drikkevaner. Det antas at det ikke er uvanlig med høyt alkoholkonsum blant legene i Sverige og at dette kan gjøre det vanskeligere å ta emnet opp med pasientene (Arborelius & Thakker, 1995, s. 421).

Hva som anses som normalt er en viktig faktor med hensyn til barrierer for å spørre pasientene om alkohol. Spørsmålet kunne svares utfra kulturelle, geografiske, sosiale og individuelle forskjeller på hva som betraktes som normalt.

*It has to do with the issue of normal, right; cause what is normal? If you ask (a patient) about drinking and alcohol, then the person will have to answer based on what is normal for that individual; it is the person's own consumption that defines what is normal. (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54)*

Broyles et al. beskrev at sykepleierne følte et overveldende behov for mer kunnskap om alkohol. Flere nevnte spesielt dette med å klassifisere og identifisere risikofylt bruk: «Everyone has a different opinion on what constitutes an alcoholic ... or even what constitutes a problem» (Broyles et al., 2012).

Den sosiale- og mestringsfunksjonen som alkoholen synes å ha for pasientene er en viktig grunn til at helsepersonell er nølende og lite tydelige når de gir råd om alkohol (Lock et al., 2002). Selv om helserådgiving er viktig og råd om alkoholbruk er en del av dette, synes helsepersonell det er vanskelig. Dette handler særlig om at det implisitt ligger en moralsk undertone i dette. Både legene og sykepleierne tvilte på sine egne holdninger og ferdigheter til å utføre slike samtaler.

## 5.5 Kunnskapsbehov

### 5.5.1 Mangler kunnskap om alkohol og helse

Legenes diskusjon om hvordan fastleger i Norge ser på alkohol og alkoholproblemer avslører at dette feltet har mange sider ved seg. En side var at selv legene var usikre om hvor sunn eller usunn alkohol faktisk er. Det var også uklarhet rundt hva som kjennetegner helseskadelige alkoholvaner. Dette illustreres i uttalelser som denne: « *But the problem is*

*that they underreport their consumption. And then they look at you and say «besides, it is healthy with a little alcohol»» (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54).*

Det virket som at sykepleierne i studien til Hellum et al. (2016, s. 424) ikke var oppmerksomme på at noen av sykdomstilstandene pasientene var innlagt for kunne være alkoholrelatert. Det ble fokuserte ensidig på den somatiske tilstanden pasienten søkte helsehjelp for.

McCormick et al. sin studie har søkelys på hvor forskjellige samtaler om alkohol er sammenlignet med andre helsesamtaler. Et eksempel som sammenfaller med det oversående avsnittet er sitert i en samtale der pasienten selv kalte drikkevanene sine «boozing», svarer legen: «I know. I'm more concerned about your kidney function...» (McCormick, 2006, s. 966-972).

For sykepleierne var det viktig å vite at de hadde tilstrekkelig kunnskap en forutsetning for trygghet i rollen, når de skulle ta initiativ til samtaler i hjemmesykepleien. Det var viktig at de kunne forklare og beskrive alkoholens innvirkning på helsen. Tilstrekkelig kunnskap gjorde det lettere å forklare hvorfor selv en liten reduksjon av alkoholkonsum kunne gi stor helsegevinst. De av deltagerne som selv mente at de snakket for lite med pasientene om alkohol, forklarte at det hadde å gjøre med for lite kunnskap om alkohol og helse (Jonsson et al., 2013, s. 6).

I Broyles et al. studie (2012) er det sykepleiere i sengepost som var deltagere i studien. Sykepleierne var tydelige på at manglende kunnskap og ferdigheter var barrierer for å utføre screening for alkohol. Dette gjaldt særlig for helsetilstander utenom alkoholabstinenser for de med kjent avhengighet. Mange av sykepleierne oppgav at de ikke kunne identifisere eller klassifisere risikofylt alkoholkonsum eller kunne definere hensiktsmessige mål for hvert risikonivå. En sa: «I'm not sure I know enough about what would be reasonable (drinking) goals for a patient. I don't think I have enough training on that» (Broyles et al., 2012). Jevnt

over så kjente ikke sykepleierne til hva en standard alkoholenhet er, de var heller ikke kjent med nasjonale anbefalinger for lavrisiko konsum. Deltakerne i studien mente at fordi de hadde begrensede kunnskaper om alkoholspørsmål, så var de ukomfortable med å gjennomføre samtaler (Broyles et al., 2012).

En av grunnene til at sykepleierne i Lock et al. (2002) sin studie var forsiktige i forhold til alkoholsamtaler var at både de og pasientene syntes det var et emne med mye uklarhet. Uklarhet gikk på hvor mye en standard alkoholenhet er, hvor omfattende drikkingen hjemme var, den mulige helseeffekten av rødvin og hva som var gjeldende anbefaling for lavrisiko konsum. Særlig dette siste punktet gjorde det vanskelig å veilede i forhold til forsvarlig mengde.

#### 5.5.2 Mangler kunnskap eller ferdigheter til å gjennomføre samtaler

I motsetning til rådene som ble gitt i forbindelse med alkohol, var språket helsepersonell brukte når de gav råd om røyking klart og tydelig om hva de mente pasienten burde foreta seg. De gav god informasjon om reduksjon og gode råd om hvordan de skulle nå dette målet. Eksempler på dette er: «I strongly believe that the smoking is worsening your health» og «...I want you to shake on it that you stay off them (cigarettes) or if you feel the urge you give me a call» (McCormick et al., 2006, s. 966-972). Når helsepersonell snakket om alkohol, var rådene vage og uklare og de gav tilbakeholdende forslag om reduksjon. Direkte forslag om hvordan pasienten skulle gjøre for å redusere alkoholinntaket ble nesten ikke gitt. Et eksempel på lite klarhet i rådene: « Well if you´ve been successful at reducing your beer intake, good for you. But, you know, you can kind of nurse it along», og « It doesn´t sound like its - it´s at the point of being excessively- you´re certainly having a lot more at one time» (McCormick et al., 2006, s. 966-972).

McCormick et al. (20106, s. 966-972) fant at det tydelige ubehaget og unnvikelsen som kom frem i samtale om alkohol kan være en viktig barriere for gjennomføring. Helsepersonells kommunikasjonsferdigheter påvirker i høy grad kvaliteten på tjenesten og gir seg utslag i for

eksempel etterfølgelsen av råd og veiledning. I denne primærstudien kommer det frem at pasientene søker informasjon, råd og hjelp, de vil gjerne samtale om dette med sin fastlege. Samtidig viser det seg at legene veldig ofte unngår å snakke om alkoholbruk ved å skifte emne, avviste eller nedvurdere viktigheten av pasientens uttalelser eller å skifte tema. Legene må prioritere mellom mange ting, men det var tydelig at de var veldig ukomfortable i forhold til alkoholrelaterte samtaler (McCormick et al., 2006, s. 966-972).

Hellum et al. (2016) fant at sykepleierne hadde god kjennskap til de danske anbefalingene for alkoholkonsum, men at ikke alle følte at de hadde nok kjennskap til konsekvensene ved for høyt forbruk. Dette førte til at de ikke hadde nok tro på seg selv til å innlede samtaler om pasientenes alkoholkonsum. Sykepleieren hadde også begrenset kjennskap til hva retningslinjene sa om veien videre dersom skadelig bruk kom frem. De kjente heller ikke til behandlingsopplegg som kunne være aktuelle. Grunnen til at de var tilbakeholdne med å gjennomføre samtaler var ikke at de syntes det var så tabubelagt, men heller at de ikke visste hvordan de best kunne gjøre det. Mangel på kunnskap viste seg å være en stor barriere for samtaler. Dette kommer frem i uttalelser som denne: «It's very difficult to say to a patient: I think you've got a problem and I think you should talk to the professionals from the Alcohol Treatment Center» (Hellum et al., 2016, s. 421).

De danske legene i Beich et al. sin studie (2002, s. 870- 872) syntes det var vanskelig å gjennomføre samtaler om alkoholvaner uten å komme i fare for å ødelegge forholdet til pasienten. De forklarte dette utfra at screeningen er en klinisk intensiv måte å avdekke alkoholproblemer og de følte at de manglet rette kommunikasjonsferdigheter for dette. Og i noen tilfeller, at deres egen holdning til kartleggingen stod i veien for gjennomføringen.

Manglende mestringstro var viktig også for sykepleierne i Johansson et al. sin studie (2005, s. 1049-1053). Sykepleierne la vekt på at selv om de hadde fått opplæring og bedre kunnskaper om alkoholkonsum og mulige helseskader, så opplevde de at de manglet kompetanse i gjennomføringen av alkoholrådgiving og visste heller ikke hvor de skulle henvise pasienten for videre oppfølging. Sykepleierne i Broyles et al. studie (2012) oppgav også at de ikke

hadde de nødvendige kommunikasjonsferdighetene og terapeutiske ferdigheter for å gjennomføre gode samtaler om alkoholbruk. Manglende kunnskap angående flere viktige emner i det alkoholforebyggende arbeidet ble drøftet av deltakerne i Reinholdz et al. studien også (2016). Det området som særlig ble fremhevet var utilstrekkelighet i forhold til hvordan de skulle respondere i møte med de som hadde et risikofylt forbruk.

*It would facilitate us a lot if we knew where to refer patients for additional help when we are insufficient... And at the same time know what to do by yourself. How far should you go in trying to talk to people before you try to get help elsewhere? (Reinholdz et al., 2016)*

Og videre:

*The times I have avoided asking is because I don't know how to deal with the answer. I don't really know what to do if someone is a risky drinker. How do I deal with that? I simply don't have the knowledge. (Reinholdz et al., 2016)*

Det var stor variasjon i hvor mye erfaring sykepleierne i Lock et al. sin studie (2002) hadde i helsefremmende arbeid. Det spente fra ingen opplæring, via noe grunnleggende, til at de hadde formell veilederkompetanse. De fleste av dem hadde uansett ingen opplæring spesifikt for alkoholrelaterte arbeid og denne mangelen var grunnen til at alkohol var et emne som ikke ble prioritert.



## 5.6 Tid og ressurser

### 5.6.1 Behandling kontra forebygging

I Nygaard og Aaslands studie (2011, s. 55) kom det frem at legene først og fremst så på sin rolle som behandlere og at deres primære rolle ikke var forebygging. Nå gjorde legene en del forebyggende arbeid allikevel, som å måle blodtrykk, gi råd om røyking og om ernæring eller gi råd til gravide. Men det var veldig få som snakket med pasientene sine om alkohol. Spørsmålet om i hvilken grad de skulle forebygge mulige skader eller behandle eksisterende sykdom, ble funnet å være en stor barriere for alkoholrelaterte samtaler og ble brukt som en god unnskyldning for å la det være. Et sitat viser dette:

*It seems irrational because we have long declared pre-emptive war on hypertension, on cholesterol, prevention of seizures, all kinds of medications. We measure Cholesterol and blood sugar when the patient reach a certain age and quite frankly, this issue would fit wonderfully into what we already do. So, what is it that make us hesitate to do this systematically? Perhaps it is just because we don't want to be preventive doctors; we want to be «treating» doctors and continue to live in our small cubes that existed 20 years ago». (Nygaard & Aasland, 2011, s. 56)*

I Beich et al. sin studie (2002, s. 870- 872) føre systematisk screening til at de ble avdekket at veldig mange unge hadde et risikofylt alkoholforbruk og dette overrasket legene. Legene syntes ikke det var deres jobb og syntes ikke heller at det var hensiktsmessig å gjennomføre screening av denne aldersgruppen. De mente at det forebyggende arbeidet burde utføres av andre, andre steder i samfunnet og i hjemmene. Holdningen var uansett at de snart ville vokse det av seg: «Most of them (young patients)- it's something they get over and get through after all. They quit and come to heel, don't they?» (Beich et al., 2002, s. 870- 872).

Lignende ble også beskrevet av sykepleierne i Hellum et al. s studie (2016, s. 422). Ofte var legene bare interessert i å behandle det akutte problemet som pasienten var henvist til

sykehuset for, og ikke andre ting, som alkoholproblematikk. Det forkom derfor at legene spurte om konsum, men at sykepleierne observerte at legene ofte ignorerte et avdekket høyt forbruk. Noen av sykepleierne mente at legenes holdning også påvirket til at sykepleierne heller ikke hadde veldig lyst å ta tak i emnet.

#### 5.6.2 Mangler tid og ressurser

Hellum et al. sin studie (2016, s. 421) viser at sykepleierne i akuttpost prioriterte mellom oppgavene som måtte gjøres på stadig kortere innleggelsestid. Da ble det de potensielt lange samtaler om alkohol sykepleierne valgte vekk. Johansson et al. beskriver også dette. Selv om sykepleierne i studien kjente på seg at pasienten kunne ha et for høyt alkoholkonsum ville de unngå å snakke med pasientene om dette. Dette ble begrunnet med manglende tro på seg selv, eller at de mente det tok for mye tid (2005, s. 1049-1053).

I Jonsson et al. sin studie (2013, s. 6) var det tilgangen på ressurser som var avdekket som en viktig barriere. Med ressurser menes her tilgang på tid med legen, informasjonsmateriale, kontakt med alkoholrådgivning og frivillige organisasjoner. Dette påvirket i stor grad samtalene om alkohol. Hjemmesykepleierne beskrev hvordan de tok aktive valg om å ikke ta opp emnet fordi de ikke visste hvor de skulle henvise pasienten videre dersom skadelig forbruk ble avdekket. Studien av Hellum et al. har tittelen «Jag vet inte riktigt vad jag skal göra med svaret» og den sammenfaller med dette beskrivende sitatet:

Egentligen vet jag att jag borde VERKELIGEN ställa den frågan. Fast det gör inte jag. Så er det bara //Det er många tillfellen som jag borde ha gjort det. Jag tror mest att jag inte vet riktigt vad jag skal göra med svaret. Och ibland kanske för att det er så kensligt för den som sitter midtemott. Det blir för närgånget på något sett. (Jonsson et al., 2013, s. 6)

Sykepleierne i Broyles et al. sin studie (2012) beskrev legenes motstand mot å adressere alkohol bruk under innleggelsen. Det ble blant annet sagt at: «Physicians treat you like you're opening up a can of worms, like, this is going to be the reason that this guy is not going to be discharged, because you're creating an issue out of this...» (Broyles et al. 2012). Noen av sykepleierne mente at motstanden handlet om manglende kunnskap eller opplæring, om presset med å få skrevet ut pasientene raskt og om prioriteringer i den akuttmedisinske settingen. I Arborelius og Thakker sin studie ble legene bedt om å forklare med egne ord de viktigste grunnene til at de ikke snakket med pasientene sine om alkohol. Hovedgrunnen de oppgav var at de ikke hadde tid (1995, s. 420).

### 5.6.3 Komplekst tema

Sykepleierne mente at alkohol var et stort og komplekst tema og de følte at de manglet kunnskap om samtalemetoder for å ta opp overforbruk:

Lots of patients we have on this ward do have an excessive consumption of alcohol, but, there's not a lot we can do while they are here, and we don't follow up on them when they go home. Often it's their entire life and networks that will have to change. (Hellum et al., 2016, s. 421)

Det var også et av funnene i Aalto et al. sin studie (2003, s. 171) at flere av deltagerne i studien ikke mente de hadde tid til å snakke med pasientene om alkohol. Dette virker til å ha sammenheng med en oppfatning av at korte intervensjoner krever mye innsats. « ...we should do it, among many other things during the 10-15 minutes. » og «This kind of patients really needs a lot of care and understanding» (Aalto et al., 2003 s. 171).

Funn i denne studien viser at helsepersonell må prioritere tidsbruk og ressurser i møte med pasientene. I flere av studiene oppgir helsepersonell at hovedårsaken til at de ikke spør pasientene om deres alkoholkonsum er at de tenker at dette er et så stort og komplekst

tema at de ikke har tid til å gå inn på det (Johannson et al., 2005 og Aalto, 2003, 171). Det ser ut til at spørsmål om alkohol har så mange konasjoner knyttet til seg at emnet oppleves for stort til at tiden strekker til. Emnet har i seg psykologiske og sosiale aspekter som helsepersonell synes er krevende å åpne for. Det ble også gjort vurderinger blant annet i forhold til alder. Ungdommene var forventet å vokse av seg et risikofylt alkoholkonsum og legene syntes ikke de trengte bruke tid på det siden de mente at det ville gå over med tiden (Beich et al., 2002, s. 870- 872).

Selv om det er en del av god helseoppfølging å kartlegge pasientenes alkoholbruk er det vanskelig å gjennomføre. I mange tilfeller handler det om muligheter til å følge opp svaret. Dersom sykepleierne ikke opplever at legene tar tak i saken når et risikofylt forbruk er kartlagt, eller til og med føler at de har laget merarbeid for legen, så påvirkes motivasjonen for senere kartlegging (Broyles et al., 2012). Tilgang til lege og mulighet for å henvise til behandling for alkoholavhengighet påvirket om samtaler om alkohol ble innledet. En sykepleier beskriver det som at hun vet ikke hva jeg skal gjøre med svaret (Jonsson et al., 2013, s. 6). Helsepersonell beskriver også at de manglet trening og ferdighet i gode samtaleteknikker for endringssamtaler og at de derfor lot være å ta opp alkoholspørsmålet. Det er å bemerke at samtaler om røyking, diet og trening ble gjennomført i mye større grad og med stor selvsikkerhet av helsearbeiderne (Hellum et al., 2016, s. 423).

## 6.0 Diskusjon

Metasynthesen er kommet til diskusjon av resultat. I dette kapittelet drøftes funnene opp mot det teoretisk perspektivet. Hensikten med denne studien er å undersøke og øke kunnskapen om hvilke barrierer helsepersonell opplever i forhold til samtaler om alkoholvaner, og å gjøre det i et klinisk helse- og omsorgsvitenskapelig perspektiv. Dette er gjort ved å syntetisere funnene fra kvalitative primærstudier om emnet slik det er vist i Kapittel 4. Funnene er delt i seks hoveddeler som diskuteres hver for seg i dette kapittelet.

### 6.1. Sensitivt tema

Under denne kategorien er det samlet fem undergrupper. Disse er sensitivt tema, ikke skade relasjonen, alkohol er et privat anliggende, helsepersonell er redd for negative reaksjoner og ønsker ikke å være moraliserende. Alle disse undertemaene handler om helsepersonells usikkerhet angående hvordan alkoholvaner kan tas opp, uten å skape konflikt eller fornærme noen. Dette kapittelet handler derfor om utfordringer i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasientene.

Det kommer frem i denne studien at å stille spørsmål om alkoholvaner er vanskeligere for helsepersonell enn for de fleste pasientene. Det at helsepersonell beskriver emnet som så sensitivt kan det handle om en persepsjon, en forventning om at dette er fryktelig vanskelige spørsmål for pasienten å måtte svare på. Spørsmål om alkoholvaner er nok vanskelig å få for en del pasienter, men for de fleste er dette nokså rett frem og de aksepterer at spørsmålet stilles ut fra et helseperspektiv (Beich et al., 2002, s. 870-872; Reinholdz et al. 2006). Hellum et al. sin studie (2016, s. 430) bemerker at på tross av åpenheten til pasientene er det helsearbeiderne som betrakter alkoholspørsmålene som sensitive og stigmatiserende. Det samme sies i Aalto et al. (2003, s. 171), det er ikke pasientene som har størst problemer med å samtale om alkoholbruken. I Beich et al. (2002, s. 870- 872) finner de også at selv om negative reaksjoner fra pasientene forekommer så er de fleste positive til å svare på spørsmål om alkohol og ser det som omtanke for den totale helsen. Men også her vises det til at svarene ikke blir fulgt opp, selv om det avdekkes høyt forbruk. Legene i studien oppgav at de

følte de hadde overtrådt grensene for privatlivet ved å spørre og lot tema ligge (Beich et al., 2002, s. 870- 872). I disse samtalene ser det dermed ut for at helsepersonell glemmer å lytte, å være lydhøre for pasientens livsverden. Dersom helsepersonell derimot klarer å møte pasientene med en åpen og reflekterende holdning til det som formidles, kan samtalen bli en god og helsefremmende samtale. Pasienten vil da oppleve å bli møtt med respekt og verdighet og føle seg anerkjent i kommunikasjonen (Ekebergh & Dahlberg, 2015).

Det er tidligere forklart hvordan kommunikasjonsbegrepet forstås her, det handler om «å gjøre felles» og at kommunikasjon henger sammen med å skape forbindelse og berøring. Det er også forklart at kommunikasjonen kan ses som et tveegget sverd som både kan gi gode forutsetninger for samtaler, men også skape konflikter og spenninger mellom ulike perspektiv. Når omsorgskommunikasjonens kvaliteter vektlegges og helsepersonell ønsker å lytte og se pasientens perspektiv, så kan gode felleskap og forbindelser oppnås (Fredriksson, 2017).

En grunn til at alkoholvaner oppleves som et så sensitivt tema kan handle om at språket vårt er begrenset på noen områder. Bruland Selseng har vist at språket vårt har en del begrensninger når vi skal snakke om rusutfordringer. Vi har ikke et godt utviklet språk for å snakke om alt som skjer mellom det å være helt rusfri og det å ha et rusproblem (Selseng, 2017, s. 91). Språket vårt og ordene vi bruker kan derfor skape avstand når pasienten ikke kjenner seg igjen i det som sies i samtalen. Her kan vi også komme tilbake til Arman og betydningen av begrepsutvikling. Gode begreper om det som pasienter erfarer og som helsepersonell må forholde seg til, er nødvendig for god kommunikasjon. Det er en viktig erkjennelse at vi ser det vi har begreper for, og begrepene bestemmer hva vi ser (Arman, 2015, s. 282). Med et mer nyansert språk og gode begreper kan omsorgskommunikasjonen både ivareta en god relasjon og formidle faglig kunnskap som kan hjelpe pasientene. Da ivaretas den andres utleverenhet, slik Kari Martinsen er opptatt av. Når pasienten viser helsepersonell tillit ved å utleveres seg, må dette tas respektfullt imot ved å vise sensitivitet og sette seg inn i den andres situasjon (Christiansen, 2020, s. 185).

Helsepersonells ønske om å ivareta en god relasjon til pasientene og ikke fremstå som moraliserende er også vist i denne studien. Dette kan forstås i sammenheng med at den generelle kunnskapen om alkohol og helse i befolkningen er ikke god nok. Det kan føre til at informasjon om denne sammenhengen være vanskelig å ta opp, grunnet mange skamfulle assosiasjoner som ofte knyttes til alkoholrelaterte helseproblemer (Nygaard og Aasland, 2011, s. 54; Beich, et al. 2002, s. 870- 872). Slike underliggende, negative holdninger eller assosiasjoner kan bli formidlet i ordvalget uten at det sies direkte, men det oppfattes av pasienten. Det som kjennetegner omsorgskommunikasjonen, som vi ønsker å ha, er at den har potensiale til å støtte og styrke pasienten. Helsepersonell må derfor være bevisste på hva de faktisk kommuniserer i samtalen. Dersom helsepersonell har en underliggende forståelse av at alkoholrelatert helseskade kan kobles til dårlig moral eller sosial misstilpassing vil det påvirke ordvalget og dermed utfallet av samtalen. Ordene som brukes vil også påvirke hvordan pasienten ser seg selv og muligheter til endring (Selseng, 2017, s. 92).

Efrainsson (I Ekebergh & Dahlberg, 2015 s. 132) har vist i sin forskning at helsearbeiderne tar størstedelen av samtaletiden og slik bestemmer hva som sies. Dermed er det risiko for at viktig kunnskap om den enkelte pasientens helse, sykdom og lidelse ikke kommer frem. Dette kan unngås ved at helsepersonell formidler at de spør om bruk av alkohol ut fra et ønske om å gi relevant informasjon og best mulig behandling. Og svaret pasienten gir må tas imot med åpenhet og respekt. Dersom helsearbeideren unnlater å ta samtalen kan pasienten gå glipp av viktig informasjon og mulighet for å ta gode valg for helsen.

## 6.2. Stigma og skam

Dette avsnittet handler om det stigma helsepersonell har til pasientene når de mener at pasientene bevisst underestimerer alkoholkonsumet. Det handler også om at helsepersonell mener at det er mye skyld og skam relatert til alkoholrelatert helseproblemer. Dette drøftes utfra at alle mennesker ønsker å bli møtt med respekt og verdighet, og at det er viktig for alle å bli oppfattet som et ordentlig menneske som lever opp til det som anses som

passende. Tidligere i studien ble dette perspektivet forklart nærmere i forhold til begrepene verdighet og skam (Edlund & Lindwall, 2017, s. 202-204).

Å kjenne på skam er beskrevet som å føle seg mislykket (Teigen & Ottesen, 2019).

Helsepersonell kan komme til å påføre den andre skamfølelse ved formidle at årsaken til helseproblemene handler om mangel på mestring og kontroll. Pasienten vil da kunne kjenne på skam over å ikke gjøre bedre valg for seg selv, og det vil derfor være vanskelig å samtale åpent om dette. Dersom vi påfører den andre skam så kan den skjøre tilliten og fortroligheten mellom helsepersonell og pasienten ødelegges, sier Martinsen (2012, s. 82). Skamfølelse kan føre til fornektelse, forsvar og en brå slutt på samtalen. Siden alkohol blir sett på som et så sensitivt tema, vil antydning om misbruk eller alkoholproblemer kunne føre til behov for å forsvare seg (Broyles et al., 2012).

Studien viser at også følelse av skyld ble knyttet til alkoholbruk (Aalto et al., 2003, s. 171; Jonsson et al, 2013, s. 6; Lock et al. 2002). Skyld er beskrevet som en opplevelse av å ha gjort feil (Teigen & Ottesen, 2019). Skyldfølelsen pasienten kjenner vil trolig gi de samme reaksjonene i samtaler som ved skamfølelse. Mennesker vil føle sin verdighet krenket dersom de føler seg negativt vurdert i forhold til allmenne normer. Denne form for krenket relativ verdighet (Edlund & Lindwall, 2017, s. 202-204) kan oppstå når andre mennesker, i denne sammenheng helsepersonell, påfører skam og stigma. Helsepersonell må legge vekt på kvaliteten i kommunikasjonen, ikke bare når det gjelder innhold, men også i forhold til det relasjonelle. Pasienten må føle seg sett og forstått. Dette kan oppnås ved at helsepersonell vender hele oppmerksomheten mot pasienten og er sensitive, og samtidig bevisste på eget og pasientens kroppsspråk og holdning (Christiansen, 2020, s. 184).

Her kommer nødvendigheten av at helsepersonell må legge faglig kunnskap om helserelevansen til grunn i samtalen frem. Det er viktig å ikke utilsiktet formidler en holdning om at skadelig alkoholkonsum forbindes med dårlig karakter. Ingen liker å bli tillagt noen negative kvaliteter til en gruppe, det kan oppleves både som respektløst og krenkende. Denne studien fant en oppfatning blant helsepersonell om at det er knyttet mye skam til det



å ha helseproblemer knyttet til alkoholforbruk (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54; Hellum et al., 2016). For å hjelpe pasientene til å ivareta egen integritet er det viktig å forstå hvordan skam og tapt verdighet kan gi seg til kjenne, med fornektelse og forsvar. Respekt og verdighet formidles ved å se og bekrefte den andre som et menneske som er lett å like (Edlund & Lindwall, 2017).

Ordet stigma brukes om sosialt belastende forhold som merker og avslører mennesker ovenfor andre (Malt, 2020), mens fordommer er holdninger basert på manglende kunnskap som kan gi antipati ovenfor enkelte grupper (Svartdal, 2020). Flere av de inkluderte primærstudiene sier at det er stigma knyttet til bruk av alkohol (McCormick et al., 2006, s. 966-972; Nygaard & Aasland, 2011, s. 53; Hellum et al., 2016, s. 422). Det ses også som stigmatisering når helsepersonell sier at de ikke tror at pasientene snakker sant om hvor mye de drikker. Det stigma og de fordommene som kommer frem i denne studien handler om at helsepersonell betrakter alkoholbruk som kan relateres til helseutfordringer, som mer komplekse problemer enn bare hvilke alkoholvaner folk har.

Ut fra de inkluderte studiene kan det se ut som at stigmatisering og fordommene bygger på forestillinger om at det er to typer mennesker. Det er vi mange som nyter alkohol på forsvarlig vis og de få som misbruker alkohol. Men, det er nok heller slik at dette er en glidende skala, mer enn at det er to kategorier. De fleste helseproblemene viser seg hos mennesker uten avhengighet eller misbruk, og en person med alkoholrelaterte helseskader vil derfor ligne hvem som helst av oss. Fordommene våre om hvordan alkoholskader arter seg påvirker hva vi ser etter. I kliniske situasjoner må det derfor vurderes om pasienten har helseproblemer der alkohol kan spille en rolle. Jo høyere konsumet er, jo høyere er risikoen for at alkohol er en faktor for helseproblemene. Derfor er det viktig å få til en god samtale slik at pasienten kan tenke videre selv (Gilje Lid, 2017).

Når en opplever at det ikke er samsvar mellom egne verdier og handlinger kan det oppleves som en trussel mot egen integritet. En slik trussel mot egen integritet kan føre til lidelse hos mennesker, sier Arman (2017, s. 213). Dersom det er slik at pasientene velger å

underestimere alkoholkonsumet, kan dette handle om ønske om å opprettholde egen integritet. Å bevare sin integritet henger sammen med å unngå skam og bevare sin verdighet, ifølge Arman (2017, s. 222). Dette kan handle om at vi alle ønsker å fremstå som ordentlige mennesker som lever opp til normen i det samfunnet vi er en del av.

Lidelse er vanskelig å snakke om og det kreves både profesjonell empati og personlig nærhet for å se den. Det kreves også forståelse av begrepet og fenomenet for å møte lidelsen hos den andre. Lidelse har sine kjennetegn og kan ses som kommunikasjon med omgivelsene. Ved å spørre pasienten og lytte oppmerksomt lærer man seg språket. Men, mange ganger får lidelsen være indirekte og blir en underliggende grunn til å vise omsorg og respekt (Arman, 2017, s. 222).

Det viser seg at spørsmål om alkohol betraktes som mye mer komplekst og sammensatte en andre helsespørsmål (Hellum et al., 2016, s. 421; Johannson et al., 2005; Aalto, 2003, s. 171). Hvor mye folk drikker ses i tillegg som et ekstremt privat spørsmål som ikke skal adresseres i påhør av andre. Disse holdningene kommer gjerne fra forestillingen om at drikking kommer av mengder med psykiske eller sosiale problemer, heller enn å betrakte alkoholvaner sammenlignet med andre livstilsvaner som diet og røyking (Hellum et al., 2016, s. 423). Med økt kunnskap om alkoholens betydning for helsen kan tema bli mindre skambelagt og lettere å snakke om. Det bør bli helt normalt å spørre om alkohol, det vil bidra til økt kunnskap hos befolkningen om sammenhengen mellom alkohol og helse. Dette kan over tid være med å bidra til endring i hvordan samfunnet tenker om emnet (Gilje Lid, 2017).

### 6.3. Stereotype holdninger

Denne studien definerte to typer funn for dette avsnittet, det var helsepersonells egne holdninger til pasientene, og at alkohol er et vanskelig tema å ta opp med folk med høy sosioøkonomisk status. Våre stereotype holdninger til mennesker med høy utdanning og gode jobber, og særlig til eldre mennesker, gjør at det er vanskelig å se for seg at de kan ha et uheldig alkoholforbruk. Dette henger sammen med at det finnes noen fordommer om

hvem russamtaler kan være nyttige for (Lock et al., 2002, s. 339- 340; Jonsson et al., 2013, s. 6).

Selv om helsepersonell er positive til å utføre helsefremmende arbeid, så er det derfor ikke sikkert de gjør det til alle grupper i samfunnet. På den ene siden er det viktig å være bevisst på kjente utsatte grupper for utvikling av avhengighet, dette gjelder folk med lav utdanning og lav inntekt. Men samtidig, studier har vist at både menn og kvinner i høyere stillinger drikker mer og oftere enn de som ikke er i jobb, og disse gruppene må derfor også følges opp i forhold til mulig alkoholrelatert helseskade (Helsedirektoratet, 2016).

Normale aldringsprosesser gjør at eldre mennesker tåler mindre enn i yngre år, men endringer i samfunnet har gjort at alkoholforbruket har økt mest blant de eldre. Kartlegging av forbruk er særlig viktig hos denne gruppen på grunn av normal aldring, økt forekomst av sykdom og mer bruk av medikamenter. Likevel snakkes det like lite med denne pasientgruppen om alkohol som med resten av befolkningen. Viktig kunnskap i denne sammenheng er at svært mange helseproblemer utløses eller forverres av alkohol. Det ser ut til at mange ikke ser forbindelsen og heller ikke tenker på alkohol som rusmiddel. Rus er noe de andre, de med problemer driver med. Som nevnt tidligere ser det ut til at helsepersonell har noen fordommene om hvem som kan ha skadelig bruk av alkohol, og disse forestillingene fører til lite oppmerksomhet og taushet om emnet. For den eldre delen av befolkningen er dette ekstra bekymringsfullt, siden dette er en stor gruppe og fordi de fleste alkoholrelaterte helseproblemene oppstår hos mennesker uten avhengighet eller misbruk. Risikoen for negative effekter er store og potensiale for å oppnå positive effekter av reduksjon eller avhold er stort. Fordommene våre om hvordan alkoholskader viser seg, påvirker hva vi ser etter hos pasientene, sier Gilje Lid (2017).

Det snakkes lite om alkoholbruk i sammenheng med helseproblemer i Norge. Alkohol er vårt vanligste rusmiddel og de fleste av helsepersonellet og pasientene vil være brukere av alkohol, men de færreste vil tenke på det som et rusmiddel. Rus er noe de som mangler kontroll driver med, mens alkohol er en kilde til hygge, glede og gode felleskap for alle oss

andre (Gilje Lid, 2017). I flere av primærstudiene kom det frem at helsepersonells egne holdninger til hvem som kan ha problemer med alkohol i stor grad påvirket samtale om dette. Pasientene ble vurdert ut fra alder og hvor ordene liv de hadde (Lock et al., 2002, s. 339). Men, selv om det kan være sosialt akseptert å drikke mer enn anbefalt mengde, må vi begynne å snakke tydelig og kunnskapsbasert om at helsen kan ta skade av «normalt» bruk. Denne kunnskapen må brukes systematisk i møte med pasientene. Folk flest kjenner risikoen ved røyking, den kunnskapen er lett tilgjengelig og blir tydelig formidlet. Folk gis dermed mulighet til å ta et informert valg og kan styre risikoen. Tilsvarende må de som drikker alkohol vite mer om den risikoen de utsettes for. I tillegg må folk få vite at risikodrikking kan utvikle seg til problematisk drikking. Helsepersonell bør derfor snakke med pasienter om alkohol og helse slik at de kan ta informerte valg om risiko, kontra positive sider ved å nyte alkohol (Lid, 2020).

#### 6.4. Alkohol som kultur

I denne delen omtales helsepersonells eget forhold til alkohol, og hva som anses som normalt i forhold til alkoholvaner. Alkoholvaner og helse er et tema som det skrives mye om, i mine søk etter studier og i mer uformelle artikler i aviser og tidsskrifter er emnet ofte omtalt. Det virker allikevel som at det går tregt med å nå både helsepersonell og befolkningen med kunnskap som kan påvirke holdninger og drikkekultur. Det kan tenkes at informasjon om alkoholens skadevirkninger er vanskelig å få ut av samme grunn som at informasjon om alkoholens helsebringende effekter ble lett formidlet. Det er kjedelig å være den som ødelegger stemningen.

Det å drikke alkohol forbindes ofte med god livskvalitet, det å ha god helse og å hygge seg sammen med andre. Største delen av befolkningen drikker alkohol og det gjelder derfor også helsepersonell. Denne studien viser at det derfor kan være vanskelig å spørre pasientene om alkohol uten å kjenne på at man kan bli oppfattet som hyklersk, eventuelt som asketiske eller moraliserende (Hellum et al. 2016, s. 420; Nygaard & Aasland, 2011, s. 54). Flere av primærstudiene viser også at egne erfaringer gjerne brukes som målestokk for hva som blir betraktet som normalt, eller om forbruket trenger å tas tak i (Hellum et al. 2016, s. 420;

Broyles et al., 2012). Det kan lett oppstå en konflikt hos helsepersonell når det som ses som sosialt akseptert og ønskelig i en sammenheng, skal adresseres som problematisk i pasientmøter. Men, å velge å ikke ta opp alkoholforbruk ut fra et ønske om å ikke støtte pasienten, er misforstått omtanke (Lid, 2020). Her er det viktig at helsepersonell skiller mellom deres eget forhold til alkohol og hva som er vitenskapelig viten om risiko i forhold til dette. Dette er spesielt viktig i samtaler med pasienter som kan ha et høyt forbruk og der det kan påvirke symptomene som pasienten har oppsøkt helsetjenesten for.

Økt bruk av alkohol kan også ha negative årsaker, som tap av nettverk, dårlig psykisk helse eller ensomhet. Alkoholbruken kan da kobles til lav livskvalitet, tap av helse og økt lidelse slik det er forklart i den ontologiske helsemodellen (Warnå- Furu, 2017, s. 161-162). For å lindre lidelse må helsepersonell lytte til den subjektive opplevelsen pasientene beskriver. Når mennesker lider og har det vanskelig er det vanskelig å sette ord på det som er vondt og det kan også føles skamfullt (Arman, 2017, s. 215). Dersom vi har denne forståelsen med i kommunikasjon om negative årsaker til høyt alkoholkonsum, er målet at samtalen få en bevegelse mot vekst og utvikling og mot glede i hverdagen over det vi kan gjøre for helsen (Warnå- Furu, 2017, s. 161-162).

Her kommer vi tilbake til det å møte pasientene med respekt og å ivareta verdigheten. God kommunikasjonen er tidligere beskrevet både som et middel og et mål. Begrepets innhold handler om hvordan faglig informasjon kan formidles på en måte som ivaretar relasjonen uten å krenke den andres stolthet. Et kroppsspråk der helsepersonell vender seg mot pasienten med full oppmerksomhet og engasjement til relasjonen gir gode forutsetninger for at pasienten føler seg akseptert og respektert (Christiansen, 2020, s. 184).

Et kjent hinder for samtaler om alkoholbruk er spørsmålet om hva som er normalt. Både for helsepersonell og pasientene vil svaret variere utfra det som er normalt for vedkommende utfra kulturelle, geografiske, sosiale og individuelle forskjeller (Nygaard & Aasland, 2011, s. 54). Siden helsepersonells eget bruk gjerne ikke er så ulikt pasientenes er det viktig å reflektere over eget ståsted opp mot rollen som fagperson. Vi vet at både kvinner og menn i

høyt ansette og høyt lønnede jobber drikker mer og oftere enn de som ikke er i arbeid (Helsedirektoratet, 2016), og derfra kan det antas at mange i helsevesenet har et høyt forbruk. Blant andre Arborelius og Thakker (1995, s. 421) nevner i sin studie at eget høyt alkoholkonsum gjorde helsearbeiderne mer liberale i forhold til hva som ble sett på som problematisk høyt konsum hos pasientene. Det vektlegges at helsepersonell må skille mellom egne holdninger til alkohol og hva forskning sier om risiko, noe som altså har vist seg å ikke alltid være tilfelle.

### 6.5. Kunnskapsbehov

Denne studien viser at helsepersonell synes det er vanskelig å gjennomføre samtaler om alkohol fordi de mangler kunnskap og ferdigheter. Kunnskapsbehovet gjelder på flere områder og er i denne studien delt i underkapitlene kunnskap om alkohol, og kunnskap eller ferdigheter angående samtale- og veilederkompetanse.

Både leger og sykepleiere sier de er redde for å skade relasjonen til pasienten og de derfor ønsket å innlede samtalen slik at budskapet ble godt tatt imot (Hellum et al., 2016, s.421-422; Nygaard & Aasland, 2011, s. 56). Studien til McCormick et al. (2006, s. 966-972) beskriver at helsearbeidere kjenner på sterkt ubehag når de spør pasientene om deres alkoholbruk. Dette fører til at råd og veiledning om alkohol er gjennomgående mer vage og forsiktige enn andre råd om helse og livsstil. Dette kan henge sammen med at helsepersonell savner mer kompetanse på gjennomføring av vanskelige samtaler, men det kan også henge sammen med manglende kunnskap om hvordan alkohol påvirker helsen.

I primærstudiene kom det frem at helsepersonell savner mer kunnskap og erfaring med samtaleteknikker, noe de også savnet mer av i utdanningene sine. Det er stor variasjon i hvor mye kompetanse og trening helsepersonell har for alkoholrelaterte samtaler, mange sier at de ikke har noe opplæring eller erfaring med dette i det hele tatt (Broyles et al.,2012; Lock et al.,2002, s. 340). Samtidig er det vanskelig å gi råd om hvordan en skal spørre om alkohol.

Gode eksempler og teknikker finnes, men det viktigste er å faktisk spørre. Og jo oftere en gjør det, jo lettere blir det å spørre på en åpen, ikke dømmende måte. Det viktigste er å få til en god samtale om tema slik at pasienten tenker videre selv (Lid, 2020).

Helsepersonell savner også kunnskap om sammenhengene mellom alkohol og helse. Det er viktig å få avkreftet myten om at litt alkohol er sunt, og formidle at risiko for helseskader øker med forbruk og alder (Lid, 2020). Kunnskapen om dette viser betydningen av at det bør være helt normalt å spørre om alkohol, noe som denne studien viser kan være utfordrende. Over tid kan dette bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og helse. Dersom det også blir en mer åpen debatt i samfunnet om dette tema kan våre samtaler bidra til en endring i hvordan vi alle tenker om alkohol og helse generelt.

Pasientene vil ofte fremstille sin bruk av alkohol som normal og sunn. De har gjerne en oppfatning om at litt alkohol bare er sunt. Nygaard og Aasland (2011, s. 54) viser i sin studie at fastlegene også var i tvil om hvor sunn eller usunn alkohol faktisk er. Det kan da holdes frem at omfattende forskning har vist at alkoholbruk som hjelper for helsen er null, og at all alkoholbruk er skadelig. Alkohol er den ledende risikofaktoren for sykdomsbyrde for folkehelsen (Griswold et al., 2018). Global kartlegging viser også at alkohol er relatert til 21, 1 % av alle kreftdødsfall hos kvinner og 18,9 av kreftdødsfallene hos menn. I følge FHI er alkohol den viktigste risikofaktoren for å dø før fylte 70 år i Norge (Folkehelseinstituttet 2019a).

Dersom det er slik at helsepersonell ikke har kunnskap om hva som kan være mulig alkoholrelaterte skader, så kan det føre til at helsepersonell behandler årsaken til at pasienten henvender seg til helsetjenesten uten å se sammenhengen med alkoholkonsumet (Hellum et al., 2016, s. 428). Helsepersonell bør derfor være faglig oppdaterte og vite at alkohol kan påvirke og komplisere mange forskjellige somatiske helseproblemer (Wåhlin & Tønnesen, 2014)

Det er også utfordrende for helsepersonell å klassifisere hva som er risikofylt alkoholbruk, skadelig bruk eller avhengighet. WHO har anbefalt en grense på 14 enheter for menn og 9 enheter for kvinner per uke. Norge har ikke satt noen tall for dette, men nyere forskning viser at helseeffekten viser seg særlig fra 7 enheter per uke. Det diskuteres derfor om dette skal settes som anbefalt grense for friske folk (Lid, 2020). Videre er det utfordrende å vite hvilken intervensjon eller mål som er rett for videre oppfølging.

Det å ha fagkunnskap om et tema gir trygghet til å innlede samtaler, og kompetanse gir tillit i gjennomføringen. Samtidig er det slik som Selseng (2017, s. 91) beskriver, at helsevesenet har noen mangler i språket for å snakke om alkoholbruk mellom ytterpunktene. Dersom ordene og begrepene vi bruker kan bli mer nyanserte vil mulige helseskader relatert til alkohol kunne snakkes om på en bedre måte. Det er også slik at vi ser bare det vi har språk og begreper for. Og begrepene, ordene vi bruker, bestemmer hva vi ser (Arman, 2015, s. 282). Derfor må helsepersonell være bevisst på sin egen forståelse, på hvilken mening og holdning de har, og på hva som formidles i kommunikasjonen.

Det som ofte blir forklart som manglende kunnskap, om alkohol og kjennskap til hvilken behandling som er tilgjengelig eller hvilken behandling som skulle anbefales, er nok et reelt hinder, men kanskje dette også er en barriere som er lettere å snakke om enn andre mer personlige hinder? Kanskje kan «manglende kunnskap om alkohol» dekke over en antagelse om at alkoholproblemer kan skyldes andre, og dypere problemer. Dette er antagelser som kan gjøre at helsepersonell mener de trenger kunnskap om all slags psykososiale problemer og at de må mestre avanserte terapeutiske intervensjoner for å kunne ta opp alkoholproblemer (Hellum et al., 2016, s. 428).

En observert dialog mellom kollegaer i en helseinstitusjon nylig kan illustrere en typisk samtale om alkohol. Innledningen til samtalen var en pasients mulige alkoholrelaterte helseproblem. I det videre ble det sagt noe om at alkohol er skadelig for nesten alle organer i kroppen og dermed kan påvirke til mange sykdommer. Alkohol er særlig forbundet med flere kreftformer, særlig brystkreft hos kvinner. Helsearbeiderne som var til stede ble veldig



forundret over dette, dette var ny viten. Det ble snakket kort om dette, men samtalen snudde rask til å begrunne hvorfor alkohol er normalt og godt for dem. Og for å ikke skade relasjoner samtykkes det til at litt alkohol ikke er veldig skadelig, uten at emne ble utdypet nærmere. På samme måte vil ofte pasientene legitimere alkoholkonsumet sitt som normalt og sunt. Da blir helsearbeideren satt i dilemma mellom å innhente mer informasjon om pasientens drikkevaner og gi informasjon om mulig helseskade, eller på den andre siden, bevare en god stemning og relasjon.

## 6.6. Tid og ressurser

For dette avsnittet ble behandling kontra forebygging, mangel på tid og ressurser og at alkohol oppfattes som et komplekst tema, valgt som underkategorier. Det ble funnet at legene helst ville se på seg selv som behandlere, og i mindre grad prioritere forebyggende helsearbeid. Som vist tidligere ble det utført andre forebyggende rutiner, men lite russamtaler da dette ble sett på som tidkrevende og til dels lite hensiktsmessig. Når sykepleierne ikke gjennomførte samtaler om alkohol handlet det ofte om at de ikke hadde tilgang til ressurser for å følge opp resultatet av samtalen. Det handlet også om at de anså samtalen å være svært tidkrevende fordi alkoholvaner ble betraktet som et veldig komplekst tema.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er det sagt at «sykepleierne skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon» (NSF, 2019). I denne forbindelse kan dette gjøres ved å ta seg tid til å kommunisere om alkoholvaner og risiko. Pasientene ønsker ofte å snakke om sitt alkoholbruk (Beich et al., 2002, s. 870- 872; MacCormick et al. 2006), helsepersonell må da være oppmerksomme på hva pasienten formidler med kroppsspråk eller med ord. Dersom helsepersonell velger å ikke engasjere seg i emnet har pasientens tillit blitt misbrukt ved at utleverenheten ikke er tatt vare på, sier Martinsen (I Christiansen, 2020, s. 185). Helsepersonell har heller ikke gitt pasienten muligheten til selv å gjøre risikovurdering av konsum opp mot helse utfra tilpasset informasjon.

Alkohol betraktes som et komplekst tema som ofte er forbundet med skyld og skam. Selseng (2017, s. 93) gjør oss oppmerksomme på at de personlige måtene helsepersonell gir mening til rusproblemene på er med på å opprettholde holdninger til dette. Gjennom måter vi snakker om alkohol får enkelt holdninger forrang fremfor andre. Et gjennomgående trekk ved måten vi snakker om alkoholvaner er at de er så vanskelige å endre. På den andre siden kan måter vi snakker om rus og alkohol også være med på å utfordre og endre etablerte holdninger (Selseng, 2017, s. 93). Kanskje det er på tide å snakke om alkohol slik vi gjør om andre livsstilsvaner som kosthold, aktivitet og røyking?

Helsepersonell som leger og sykepleiere, kan bidra vesentlig til å redusere skadevirkningene av alkohol i samfunnet med å kartlegge og ved å formidle kunnskap. Det er kjent at helseskadelig alkoholkonsum er en underliggende årsak veldig mange innleggelser på sykehus hvert år. Et høyt antall pasienter innlegges på grunn av direkte eller underliggende helseskader som følge av rus, og at det ikke er et skarpt skille mellom bruk og skadelig bruk. Når vi vet at så mye helseskader skyldes alkohol kan legene ikke lengre tenke at de heller vil behandle enn forebygge. Direktør i Blå Kors, Janka Holstad sier at mye av nyere forskning på alkohol og rus er ikke blitt publisert i allmenntidsskrifter. Det brukes heller ikke mye tid på alkohol og helse i utdanningene. Pasientene med rusrelaterte helseproblemer møtes dermed med manglende kunnskaper om alkoholens skadevirkninger og om behandlingstilbud som er tilgjengelige. Helsepersonell bør derfor oppdatere kunnskapsgrunnlaget sitt og komme over gamle tabu og stigma slik at de kan snakke om alkohol med folk flest (Holstad, 2020).

## 7.0 Metodediskusjon

Metodegrunnlaget for kvalitative metasynteser ble utviklet på 1980 tallet, uavhengig av Cochrane miljøet som drev med oppsummering av RCTene. Utdanningsforskerne Noblit og Hare presenterte i 1988 metaetnografi som en metode for syntese av funn fra kvalitative studier. Metaetnografi er en metode for analyse og tolkning og ikke bare sammenfatning. Metoden skiller seg dermed fra metaanalyse som er sammenfatning av funn.

Tolkningsaspektet er et kjennetegn ved alle kvalitative studier og derfor også i kvalitative metasynteser. Forskning i form av enkeltstudier viser ofte lite, og målet er derfor at syntesen av flere primærstudier skal utgjøre mer enn summen av delene (Malterud, 2017a, s. 35-37).

Det er et uttalt mål for helsevesenet å jobbe evidensbasert for å sikre høy faglig kvalitet på tjenestene. Evidens kommer fra latin og betyr visshet, klarhet og tydelighet og brukes om den beste tilgjengelige viten innen et område. Tradisjonelt har kvantitative studier blitt vurdert som beste metode for evidens på grunn av generaliserbarheten, men man kan også vurdere kvalitet på studier ved å se på systematikk, åpenhet og grundighet. Metasyntese søker å høyne de kvalitative metodenes status og er vurderes å rangere høyest i evidenssammenheng sammenlignet med andre kvalitative studier. Resultatene fra en metasyntese har grunnlag i en større informantgruppe enn kvalitative enkeltstudiene og dermed kan funnenes generaliserbare styrke økes betydelig (Bøtcher & Sørensen, 2020, s. 30- 31).

Et viktig grep for å optimalisere validiteten av metasynteser er det som kalles audit-trail eller revisjons-spor. Dette handler å dokumentere alle steg i prosessen ved å beskrive de nøye, for eksempel gjennom tekst og i tabeller og matriser. Denne dokumentasjonen er i seg selv å anse som data og bidrar til å øke troverdigheten til studiens resultat ved at alle steg og vurderinger er gjort så transparente som mulig i arbeidet. Lesere av studien vil dermed se og kunne godta at resultatet er påvirket av den som utfører studien, og at flere tolkninger kan være gyldige (Sandelowski & Barroso, 2007). Leserne godtar at kunnskap alltid er ufullstendig. For en kvalitativ metasyntese er det noen dilemmaer i den forbindelse som må reflekteres over. I motsetning til det som kalles universelle sannheter handler kvalitativ

forskning i tillegg om hvordan forskeren posisjonerer blikket sitt. Jeg har derfor klargjort min egen posisjon for den kunnskapen som utvikles i denne studien. Som forsker skal ikke egen posisjon elimineres, men angis og argumenteres for, nettopp fordi min posisjon er en del av det som ses. Dette er en del av refleksivitet i kvalitativ forskning (Malterud, 2017a, s. 110). Som forsker vil jeg altså vedkjenne meg forforståelsen og mine spor og viser den i den kunnskapssøkende prosessen.

Denne studien har en hermeneutisk tilnærming. En hermeneutisk forståelse er opptatt av hvordan vi forstår og opplever tilværelsen. Dette er ikke bare et spørsmål for forskningsmetodikk, men handler i bredere forstand om mennesket i verden. I denne studien har grunnlagstenkingen og teoridelen tatt utgangspunkt i omsorgsvitenskapens forståelse av mennesket i verden. Dette er forsøk belyst bl.a. gjennom analyse av begrepet kommunikasjon og helsefremmende samtaler. Dybdeforståelsen av begrepene verdighet og skam er viktige i et omsorgsvitenskapelig perspektiv og utgjør også et perspektiv for refleksjon angående alkoholrelaterte samtaler.

### 7.1 Validitet i metasyntesen

Teoretisk validitet i metasyntesen refererer til troverdighet i tolkninger som er gjort av funnene. Her er det prosessen med analysen, uttrekk av funn og syntese av data som vektlegges (Sandelowski & Barroso, 2007, s. 228). Dette er blant annet vist i tabell 3 for artikkel analyse, som viser resultatene som er brukt fra primærstudiene. I denne metasyntesen ble hver enkelt artikkel sett på som en enhet for analyse. Analyseprosessen ble gjort ved å lese primærstudiene flere ganger, for så å abstrahere og systematisere funn i noen beskrivende begreper. Materialet, som med ett unntak, var på engelsk ble gjennomgått flere ganger for å sikre god og helhetlig forståelse. Analysearbeidet startet med funn i hver studie, før arbeidet startet med syntese på tvers av studiene. Metoden sier at flere bør se på dataene som blir trukket ut og være med på abstraksjonen som ble avledet av disse, samt begrepene som de ble knyttet til. Det har ikke var mulig i denne studien og jeg har derfor vært min egen kritiker og gjort dette flere ganger. Etter råd fra veileder har jeg vært nøye med å gjengi resultatene i primærstudiene så nøyaktig som mulig i første ledd slik

at abstraksjonen, som er andre ledd i analysetabellen, ikke mister meningsinnholdet. Studien er gjort gjennomiktig og alle trinn er nøye beskrevet for å sikre studiens troverdighet. Anbefaling om at en forskergruppe bør gjøre dette arbeidet sammen er ikke oppfylt og utgjør derfor en svakhet med denne studien.

Abstraksjoner er forkortet tolkning av resultatene som ble trukket ut fra primærstudiene. Når alle abstraksjonene var klare fra alle artiklene ble de organisert i forhold til om de handlet om samme beskrivende begrep. De beskrivende begrepene ble brukt for å systematisere funn av resultater som var relatert til hverandre, som hadde fellestrekk og snakket om noe av det samme. Hensikten var å samle funnene for syntese, ikke bare for å organisere dem. De beskrivende begrepen fikk en samlende overskrift som ble brukt videre i beskrivelsen og drøfting av funnene. Inndelingen som er gjort i beskrivende begrep/subtema og hovedtema kunne nok vært gjort på flere måter, men det ble her tatt et valg som gav strukturen for det videre arbeidet. Her henvises til hermeneutikkens teori om forståelse, min forståelsehorisont og forforståelse påvirker hvordan jeg forholder meg til funnene i primærstudiene (Wifstad, 2019).

Deskriptiv validitet i metasyntese handler om kvalitet og nøyaktighet i håndtering av data (Sandelowski & Barroso, 2007, s. 228). Det var viktig for kvaliteten på denne studien at jeg fikk hjelp med søkingen etter primærstudier for inkludering i metasyntesen. Det er vektlagt å synliggjøre alle steg i utvelgelse og søkeprosessen og gjøre arbeidet så transparent som mulig. I utvelgelsen av artiklene ble det fokusert på om de belyste problemstillingen og om de fylte inklusjonskriteriene som ble satt. Deskriptiv validitet handler også om korrekt bruk av data fra primærstudiene. Det er derfor lagt vekt på å bruke resultatene fra disse så nøyaktig som mulig og vise et tydelig bilde av hva de inkluderte studiene viser.

Pragmatisk validitet refererer til anvendbarhet, aktualitet og overførbarhet til praksis (Sandelowski & Barroso, 2007, s. 228). For min del er dette forsøkt i varetatt gjennom fremlegg for medstudenter og drøfting med sykepleiekollegaer. Jeg har også diskutert oppgaven og problemstillingen med lærerne på studiet i Helse- og omsorgsvitenskap, og

med ansatte på biblioteket og enhet for forskningsstøtte på Høyskolen på Vestlandet. Dette er et emne som har vekket engasjement og skapt diskusjoner samt at det gis tilbakemelding om at dette er et aktuelt tema.

## 8.0 Konklusjon

Denne kvalitative metasyntesen viser at helsepersonell opplever mange barrierer for å snakke med pasientene om alkohol. Analysen gav seks kategorier for de utfordringene som helsepersonell beskriver. Det handler om at alkohol oppleves som et sensitivt tema på flere måter, det handler om følelse av stigma og skam og om stereotype holdninger. Det handler også om at alkohol er kultur, om manglende kunnskap og mangel på tid og ressurser.

Alkohol er en viktig del av det gode liv for mange, men alkohol bidrar også på mange måter til helseproblemer. Derfor er det viktig at det snakkes om alkoholvaner der det kan ha relevans for helsen. Denne studien har vist at alkohol og helse betraktes av helsepersonell som et stort og vanskelig tema som er vanskelig å snakke med pasientene om. Grunnen til denne holdningen kan være antagelsen om at det ligger andre og dypere problemer til grunn for alkoholbruken, heller enn å betrakte dette på linje med andre livsstils spørsmål som røyking eller overvekt. Helsepersonell ønsker å ivareta en god og tillitsfull relasjon og er redde for at tema skal føre til negative reaksjoner. For å unngå at pasienter føler seg utsatt er det derfor viktig å legge kunnskap om helserelevansen til grunn når helsepersonell spør om alkoholvaner. Det kan ofte være vanskelig å se for seg høyt alkoholkonsum og alkoholrelatert helseskade hos folk med høy sosioøkonomisk status, og denne gruppen kan dermed risikere å ikke bli fulgt opp. I tillegg kan helsepersonell selv komme i den kategorien og det er fare for at eget forhold til alkohol brukes som målestokk. Det er derfor viktig at eget forhold til alkohol ikke kommer i veien for å gi råd om alkoholvaner.

### 8.1 Relevans

Det er flere faktorer som er nyttige å reflektere over når det gjelder studiens relevans. Alkoholvanene sin betydning for helse og hvordan helsepersonell snakker om dette oppleves å være aktuelle tema. Med Helse- og omsorgsvitenskapens perspektiv på helsefremmende samtaler og på begreper som verdighet og skam, helse og lidelse er fagets akademiske relevans ivaretatt. Gir studien svar på forskningsspørsmålet? Det håper og tror jeg at den gjør. Er forskningen utført på en måte som er relevant for det som undersøkes? Det å

anvende allerede innsamlede data og dermed få større bredde og tyngde bak funnene, mener jeg er en styrke for resultatet. Var det nok tilgjengelig forskning for en kvalitativ metasyntese? Ja, jeg mener at de elleve primærstudiene som ble inkludert hadde god kvalitet og gav solid grunnlag for syntesen.

Min studie kan bidra til bevisstgjøring og oppmerksomhet om nødvendigheten av at helsepersonell snakker om alkohol og helseskade. Lys på hvilke barrierer helsepersonell beskriver kan føre til at innsats kan settes inn på disse områdene. I forhold til sensitivitet, stigmatisering og stereotype holdninger kan omsorgsvitenskapen hjelpe helsepersonell med å møte pasienter på en god måte. Når det gjelder hvordan vi tenker om alkohol i samfunnet og kunnskap om alkoholbruk eller om samtaleteknikker så er dette kompetanseområder som opplæring kan rettes mot.

## 8.2 Anbefaling for praksis

Jeg ønsker med denne studien å bidra til at helsepersonell gjennomfører samtaler om alkoholvaner. Ved at det snakkes klart og kunnskapsbasert om alkoholens relevans for helsen kan dette bidra til en endring i folk flest sin forståelse av skader relatert til alkohol. Dette på samme måte som at det har vært en holdningsendring i befolkningen til at folk flest nå forstår helsefaren ved tobakksrøyking, ved inaktivitet eller ved tilfeldig bruk av antibiotika.

## 8.3 Videre forskning

Selv om folk flest vet at alkohol ikke er godt for helsen er de fleste fornøyde med sine alkoholvaner. Dersom samfunnet skal endre kultur og tenkemåte må denne ambivalensen angående alkoholvaner komme klarer frem. For videre forskning er det kanskje nettopp dette som bør belyses, hvordan kan helsepersonell bidra til åpenhet i samfunnet om alkoholens helseskadelige påvirkning.



## Referanser:

- Arborelius, E. og Thakker K. (1995). Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice*, 12 (4), 419-422
- Arman, M. (2015). Vårdvetenskaplig teori i utvikling. I M. Arman, K. Dahlberg og M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder før vårdande* (s. 279- 290). Stockholm: Liber AB
- Arman, M. (2017). Lidande. I L. W. Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvitenskapelige begrepp i teori og praktik* (2.utg., s. 213-224). Lund: Studentlitteratur AB.
- Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ*, 325(7369), 870- 872. doi:10.1136/bmj.325.7369.870
- Broyles, L. M., Rodriguez, K. L., Kraemer, K. L., Sevick, M. A., Price, P. A., & Gordon, A. J. (2012). A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. *Addict Science and Clinical Practice*, 7 (1), 7. doi:10.1186/1940-0640-7-7
- Bøtcher, A. S., & Sørensen, D. (2020). Den kvalitative metasyntese. *Klinisk Sygepleje*, 34(1), 30-42. doi:10.18261/issn.1903-2285-2020-01-04 ER
- Christiansen, B. (2020) Levevaner og endringsprosesser- konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.) *Helseveiledning* (s.178- 2002). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Edlund, M. & Lindwall L. (2017). Verdighet. I L. W. Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvitenskapelige begrepp i teori og praktik* (2. utg. s. 201- 210). Lund: Studentlitteratur AB
- Ekebergh, M og Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I M. Arman, K. Dahlberg og M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder før vårdande* (s. 129- 144). Stockholm: Liber AB

- Ekebergh, M. (2015). Vårdvetenskap och dess betydelse för sjuksjötterskans omvårdnadsarbete. I M. Arman, K. Dahlberg og M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder før vårdande* (s. 15-22). Stockholm: Liber AB
- Folkehelseinstituttet (2019a, 12. mars). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>
- Folkehelseinstituttet (2019b, 6. desember). *Rusbrukslidelser i Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/?term=&h=1#skadelig-bruk-og-avhengighet-av-alkohol>
- Folkehelseinstituttet (2019c, 5. desember). *Alkoholomsetning i Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholomsetningen-i-norge/?term=&h=1#>
- Fredriksson, L. (2017) Vårdande kommunikasjon. I L. W. Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvitenskapelige begrepp i teori og praktik* (utg., 2 s. 416- 425). Lund: Studentlitteratur AB
- Førland, O., Alvsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196-214. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D. & Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035. doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2
- Guldvog, B. & Granlund, L. (2019, 1. februar). Vi må snakke om alkohol. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/1kIVQX/vi-maa-snakke-om-alkohol-bjoern-guldvog-og-linda-granlund>
- Hellum, R., Bjerregaard, L., & Nielsen, A. S. (2016). Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(4), 415-436. doi:10.1515/nsad-2016-0034
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015, 16. januar). *Oppdragsdokument 2015 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hv.pdf>

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie.*

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet (2016, 26. juni). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelaterte*

*helseforskjeller.* Forebygging.no. <http://tidliginnsats.forebygging.no/Nyheter/Sosial-ulikhet-i-alkoholbruk-og-alkoholrelaterte-helseforskjeller/>

Helsepersoneloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (1999). [https://lovdata.](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64)

[.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64)

Holstad, J. (2020, 17. juli). *Vi må snakke mer om alkoholbruk og helseskader.* Dagens Medisin

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/07/17/vi-ma-snakke-mer-om-alkoholbruk-og-helseskader/>

Johansson, K., Åkerlind, I., & Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? :A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors, 30*(5), 1049-1053.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.008>

Jonsson, Å., Ottosson, S., & Berndtsson, I. (2013). «Jag vet inte riktigt vad jag ska göra med svaret ...»: En intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter av att samtala med pasienter om alkohol. *Vård i Norden, 33*(3), 4-8. doi:10.1177/010740831303300302

Lid, T. G. (2020, 3). Bør vi gjøre det til en vane å snakke med de eldre om alkohol? *Utposten 3/ 2020*, 6- 9. [https://helse-](https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Nyheter/Lid%20Allmenmed%20utf%20Utposten%203%202020%20enkelt%20sidig.pdf)

[stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Nyheter/Lid%20Allmenmed%20utf Utposten 3 2020 enkelt%20sidig.pdf](https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Nyheter/Lid%20Allmenmed%20utf%20Utposten%203%202020%20enkelt%20sidig.pdf)

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. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell), 39*(4), 333-342. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x

Malt, U. (2020, 27. mai). Stigma – psykologi. I *Store Norske Leksikon*. [https://snl.no/stigma\\_-\\_psykologi](https://snl.no/stigma_-_psykologi)

Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og Sykepleien*. Oslo: Akribe

McCormick, K. A., Cochran, N. E., Back, A. L., Merrill, J. O., Williams, E. C., & Bradley, K. A. (2006). How Primary Care Providers Talk to Patients About Alcohol: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(9), 966-972. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00490.x

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta- Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. SAGE Publications, Inc. <https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.4135/9781412985000>

Norsk Sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer (2019)*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nygaard, P., & Aasland, O. G. (2011). Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol & Alcoholism*, 46(1), 52-60. doi: alcalc/agq073

Rehnsfeldt, A. (2017). Ømsesidighet och gemenskap kontra ensamhet i vårdandet. I L. W. Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvitenskapeliga begrepp i teori og praktik* (2. utg., s. 281- 294). Lund: Studentlitteratur AB

Rehnsfeldt, A., Arman M., & Lindstrøm U. Å. (2017). Clinical caring science as a scientific discipline. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(3), 641-646. doi:10.1111/scs.12380

Reinholdz, H., Bendtsen, P., Spak, F., & Müssener, U. (2016). The Impact of an Implementation Project on Primary Care Staff Perceptions of Delivering Brief Alcohol Advice. *Journal of Addiction*. 2016, 4731571. doi:10.1155/2016/4731571

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Selseng, Bruland, L. (2017). *Diskursive ressursar i rusarbeid – ein analyse av praksisforteljingar*. Avhandling ph. d. sosialt arbeid og sosialpolitikk. Fakultet for samfunnsvitenskap Høgskolen i Oslo og Akershus.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/b34d/7cc30f3aead993cabf66fa5af14b61fefacd.pdf>
- Svartdal, F. (2020, 14. april). Fordom – psykologi. I *Store Norske Leksikon*.  
[https://snl.no/fordom\\_-\\_psykologi](https://snl.no/fordom_-_psykologi)
- Teigen, K. H., & Kennair, L. E. Ottesen (2019, 4. september). Skam. I *Store Norske Leksikon*.  
<https://snl.no/skam>
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Warnå- Furu, C. (2017) Helsa. I L. W. Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvitenskapelige begrepp i teori og praktik* (2.utg., s. 157- 172). Lund: Studentlitteratur AB.
- Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori. *Sykepleien Forskning* 2019; 14.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78763>
- World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018- EXECUTIVE SUMMARY*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312318/WHO-MSD-MSB-18.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
- Wåhlin, S. og Tønnesen H. (2014). «Dags för «alkoholfri operation». Två standardglas per dag fördubblar risken för postoperativa komplikationer». *Läkartidningen*. 43, 2014; 111.
- Aalto, M., Pekuri, P., & Seppä, K. (2003). Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug and alcohol review*. 22(2), 169-173. Doi:10.1080/09595230100100606

## Vedlegg

### Vedlegg 1 Eksempel på systematisering av subtemaer

«Hvis pasienten er her for andre ting vil jeg ikke spørre om alkohol». Usikkerhet rundt å stille alkoholrelaterte spørsmål handler om frykten for å tråkke over pasientens grenser og skade relasjonen.	Unngår spm om alkohol dersom det ikke har relevans for legebesøket for ikke å skade relasjonene	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Sykepleierne syntes det var lettere å snakke om alkoholkonsum når det var et tydelig alkoholavhengighetsproblem eller når pasienten selv bad om hjelp.	Lettere å ta opp alkoholbruk ved avhengighet eller når pasienten bad om hjelp.	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Sykepleierne så ikke på alkohol som tabu, men var tilbakeholdt til å innlede samtaler fordi de opplevde at de trengte mer kunnskap om hvordan tema kunne tas opp på en respektfull måte.	Unngikk tema fordi det var vanskelig å ta det opp på en respektfull måte.	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Sykepleierne oppfatter non-verbale signaler eller har følelsen av at relasjonen med pasienten vil ødelegges dersom de spør om alkoholkonsum.	Tror spørsmål om alkohol skader relasjonen.	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Alkohol er vanskelig å ta opp fordi pasienten kan lure på hva du har å gjøre med dette, hvis de oppsøker helsehjelp for ikke-alkoholrelaterte ting.	Pasienten lurer på hvorfor du spør	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Pasientene gir viktig informasjon om alkoholbruk, men helsepersonell følger ikke opp i samtalen, de skifter tema eller snakker ned betydningen av drikkingen. Helsepersonell forventer at pasienten vil unngå å snakke om alkoholbruk. Men, mange pasienter ønsker og søker dialog om eget alkoholbruk.	Helsepersonell følger ikke opp informasjon om alkohol. Selv om pasienten ønsker dialog	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Beskriver alkoholkonsum som det vanskeligste tema å ta opp, fordi det er lett å gjøre pasienten opprørt.	Vanskelig tema, lett å gjøre pasienten opprørt.	Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema
Deltagerne uttrykker bekymring for at pasienten vil nekte, bli sint, fornærmet, være uærlig i en setting med alkoholrelatert samtale. Sykepleierne beskriver at pasientene blir defensive, de føler seg irettesatt, de blir opprørte når sykepleier snakker om ting pasientene ikke mener er relevante til innleggelsen.	Helsepersonell frykter negative reaksjoner fra pasientene.	Redd for negative reaksjoner/Vil ikke skade relasjonen	Sensitivt tema