

Universitetet i Stavanger  
Det Samfunnsvitenskapelige fakultet  
Institutt for helsefag

Pragmatic case finding som metode for  
identifisering av alkoholmisbruk hos  
sykehuspasienter

—

*”Jeg følte det var noe som ikke stemte”*

---

En kvalitativ case studie

**Tina Sandvik**

Mai 2014



---

Universitetet  
i Stavanger

VEILEDER: Sverre Nesvåg, antropolog, dr philos, forskningsleder  
KORFOR, Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse  
Vest. Stavanger Universitetssykehus

Masteroppgave i helsefag med selvvalgt fordypning

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:** Vår 2014

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Tina Sandvik

**VEILEDER:** Sverre Nesvåg

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:** Pragmatic case finding som metode for identifisering av alkoholmisbruk hos sykehuspasienter. *"Jeg følte det var noe som ikke stemte"*

**Engelsk tittel:** Pragmatic case finding as a method for identifying alcohol abuse in hospital patients. *"Something just didn't feel right"*

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Alkohol, sykehus, intervensjon, identifisering, helsepersonell, pragmatic case finding, stigma

Alcohol, hospital, intervention, identification, hospital staff, pragmatic case finding, stigma

---

**ANTALL SIDER:** 96

**STAVANGER:** 25.05. 2014

**Tina Sandvik**

## **Forord**

Da var dagen kommet. Jeg er ferdig med min masteroppgave. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende og lærerikt.

Det er mange som har hjulpet meg og oppmuntret meg underveis. Jeg vil selvfølgelig takke den evig optimistiske, oppmuntrende og utrolig flinke veilederen min, Sverre Nesvåg. Takk for entusiasmen, spennende diskusjoner, støtten og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke alle mine medstudenter og lærere på Universitetet i Stavanger. Dere har vært hjelpende, støttende, inspirerende og kommet med mange gode råd.

Takk til alle informanter for at dere stilte opp til intervju. Dere gjør en fantastisk jobb!

Tusen takk til Natalie og Hege. Deres hjelp og entusiasme har betydd alt.

Jeg vil også takke alle tidligere kollegaer ved OBA og KORFOR for at dere har vist interesse og kommet med oppmuntrende ord.

Til sist vil jeg takke min flotte, fine mann Roar og mine herlige gutter Elias og Linus. Tusen takk for støtten, hjelpen, skrytet og for at dere har orket med meg de siste par årene. Dere betyr alt for meg og jeg gleder meg til å tilbringe flere kvelder og helger sammen med dere i stedet for å sitte alene fremfor PC-en.

Stavanger 25. mai 2014

Tina Sandvik

## **Sammendrag**

Spesialisthelsetjenesten er en viktig arena for å fange opp alkoholproblemer hos befolkningen. Sykehusene skal øke innsatsen for tidligere oppdagelse av rusproblem, tilby intervensjoner og øke kunnskapen hos sykehusansatte. Med utgangspunkt i dette ønsket denne studien å få kunnskap om hvordan Stavanger Universitetssjukehus identifiserer alkoholrelaterte helseproblemer blant pasienter. Studien fokuserte på identifikasjon av skjult alkoholmisbruk blant pasienter på somatisk sykehusavdeling.

Denne studien er en kvalitativ casestudie. Identifikasjonsprosessen ble undersøkt ved hjelp av fem pasientforløp, fra fem forskjellige avdelinger. Helsepersonell som var involvert i identifikasjonsprosessen ble intervjuet.

Resultatene tyder på at Stavanger Universitetssjukehus bruker pragmatiske metoder for å identifisere pasienter med skjult alkoholmisbruk. Helsepersonell bruker profesjonell kunnskap og egne observasjonsevner for å identifisere pasienter med skjult alkoholmisbruk. Det er pasientenes diagnoser, symptomer, medisinske parametre og atferd som utløste den første bekymringen for mulig alkoholmisbruk.

Identifikasjonsprosessen kan beskrives i fem faser: første observasjon, refleksjon, samtale med pasienten, henvisningen og ruskonsulenten. Ordvalg hos helsepersonell tyder på at helsepersonell stigmatiserer pasienter med alkoholmisbruk. Stigmatiseringen kan føre til at møte mellom pasient og helsepersonell blir utfordrende og vanskelig. Resultatene tyder på at sykepleiere syns samtalen om alkohol er vanskelig og at de overlater samtalen til legene.

Undervisning om alkoholrelaterte helseproblemer og stigma kan gi økt kunnskap og trygghet i hvordan oppdage og snakke med pasienter med skjult alkoholmisbruk. Mer fokus på hva stigmatisering er og hvordan dette kommer til uttrykk hos helsepersonell og pasienten, og møte mellom dem, kan bidra til bedre forståelse og redusere stigmatiseringen.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammendrag .....	4
1. Innledning .....	8
1.1. Bakgrunn .....	8
1.2. Tidigere forskning.....	11
1.3. Studiens hensikt og mål .....	16
1.4. Problemstilling og forskningsspørsmål .....	16
1.4.1 Avgrensning og begrepsavklaring i forhold til problemstilling .....	16
1.5. Studiens oppbygging.....	17
2. Teoretisk rammeverk.....	19
2.1. Pragmatisk case finding.....	19
2.2. Pragmatiske case finding i primærhelsetjenesten .....	20
2.3. Hvordan skiller Pragmatic case finding seg fra screening? .....	21
2.4. Sykeleierens rolle og funksjon .....	22
2.4.1 Sykepleieres og legens rolle i sykehus i dag .....	23
2.4.2. Utfordringer i møte mellom helsepersonell og pasienten med alkoholmisbruk i sykehus.....	25
2.5. Stigma .....	26
2.5.1. Helsepersonell og stigmatisering av pasienter med alkoholmisbruk .....	28
2.6. Oppsummering av teoretisk rammeverk.....	28
3. Metode.....	30
3.1. Eget ståsted og forforståelse.....	30
3.2. Vitenskapelig forankring .....	30
3.3. Forskningsdesign .....	31
3.4. Forskningsstrategi .....	33
3.4.1. Metoderedskap.....	34
3.5. Utvalg .....	36
3.6. Tilgang til feltet.....	37
3.7. Analyse .....	40
3.8. Studiens troverdighet .....	43
3.9. Forskningsetiske vurderinger .....	44
4. Resultat.....	46

4.1.	Beskrivelse av case og hvordan helsepersonell handlet .....	46
	Case 1 .....	46
	Case 2 .....	47
	Case 3 .....	47
	Case 4 .....	48
	Case 5 .....	49
4.2.	Faser i identifikasjonsprosessen .....	49
	4.2.1. Første observasjon .....	50
	4.2.2. Refleksjon .....	51
	4.2.3. Tilbake til pasienten - samtalen .....	52
	4.2.4. Grunnlag for henvisning .....	54
	4.2.5. Ruskonsulentene .....	56
4.3.	Roller .....	57
4.4.	Språk .....	58
4.5.	Oppsummering .....	59
5.	Drøfting .....	60
	5.1. Faser, roller og språk i identifikasjonsprosessen .....	60
	5.1.1. Første observasjon .....	61
	5.1.2. Refleksjon .....	63
	5.1.3. Tilbake til pasienten – samtalen .....	64
	5.1.4. Grunnlag for henvisning .....	69
	5.1.5. Ruskonsulentene .....	70
	5.2. Er metoden forenlig med pragmatic case finding? .....	72
	5.3. Metodeoverveielser og metodekritikk .....	73
6.	Konklusjon .....	75
	Litteratur .....	77
	Vedlegg .....	86
	Vedlegg 1 Intervjuguide .....	86
	Vedlegg 2 Analyseprosessen. Eksempler .....	89
	Vedlegg 3 Godkjenning fra Personvernombud .....	91
	Vedlegg 4 Godkjenning fra Forskningsavdelingen .....	92
	Vedlegg 5 Informasjonsskriv til avdeling .....	93
	Vedlegg 6 Følgeskriv .....	94

Vedlegg 7 Informasjonsskriv til informanter .....	95
Vedlegg 8 Samtykkeerklæring .....	96

## **1. Innledning**

Innledningen gir en oversikt over tematikken og bakgrunnen for studien. Her presenteres min bakgrunn og forforståelse, tidligere forskning, politiske føringer og hensikt og mål med studien. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål blir presentert i slutten av kapittelet. Til slutt følger en beskrivelse av studiens oppbygging.

### **1.1. Bakgrunn**

Pasienter med risikofylt alkoholforbruk er overrepresentert i sykehus sammenlignet med befolkningen generelt. I 2005 var det 3955 innleggelse i somatisk sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser. I 2010 var antallet steget til 5213 (SIRUS). Nye tall fra Helsedirektoratet (2014, s. 53) viser at i løpet av 2012 var antallet steget ytterligere, nå til 6064 pasienter med alkoholrelaterte hoveddiagnoser i somatisk sykehus. Det er stor politisk enighet om at rusomsorgen må styrkes.

Rus – og avhengighetsbehandling er som følge av rusreformen (Sosialdepartementet, 2002), (Sosialdepartementet, 2003) blitt etablert som et nytt tjenesteområde innefor spesialisthelsetjenesten. Reformen setter fokus på at pasienter med rusproblemer skal få bedre og mer samordnede tjenester. Den skal redusere ansvarsforskrivelser og gråsoneproblematikk.

I 2007 kom Sosial- og helsedirektoratet (2007) ut med rapporten ”Tidlig intervensjon på rusområdet”. Rapporten gav forslag til nasjonal strategi for tidlig intervensjon på rusområdet, ikke bare i helsevesenet, men også på skoler og arbeidsplasser.

I Stortingsmelding Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, legges det vekt på bedre kontinuitet og samhandling for pasienter med rusproblemer, kompetanseheving og bedre kvalitet, samt tidlig intervensjon og forebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Også Nasjon helse- og omsorgsplan slår fast at styrking og utvikling av kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet skal fortsette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Samhandlingsreformen legger vekt på forebygging og bedre samordnede tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Folkehelsemeldingen legger også vekt på forebygging, livsstilsendring og veiledning for å forebygge sosiale problemer og målet her er at innsatsen skal settes inn tidligere, i form av forebyggingen eller tidlig behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I oppdragsdokument til sykehusene fra Helse- og sosialdepartementet (2013), står det at, det skal være etablert



et system ved sykehusene som fanger opp pasienter med underliggende rusproblem og eventuelt henvise de videre til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er altså en bred politisk enighet om å ha fokus på rusproblemer og tidlig intervensjoner, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

I begynnelsen av 2012 ble jeg ansatt i en stilling ved KORFOR (Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest), der jeg jobbet i et prosjekt: Alkohol og alkoholintervensjoner i Sykehus. Jeg var da med på å samle inn data om hvordan sykehus rundt omkring i hele verden jobber med alkohol intervensjoner i somatisk sykehus. Resultatene viste at de fleste sykehus bruker systematisk screening som metode for å identifisere pasienter med et risikofylt eller problematisk bruk av alkohol (Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest [KORFOR], 2013). Siden Universitetssjukehuset i Stavanger ikke bruker systematisk screening slik som andre sykehus og sånn som forskning anbefaler, fattet jeg interesse av å undersøke hvordan identifikasjonsmetoden på Universitetssjukehuset i Stavanger egentlig ser ut.

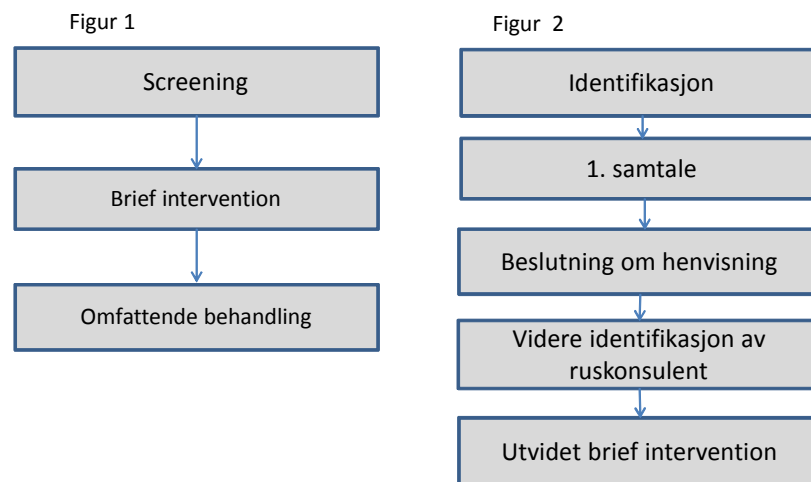
På Universitetssjukehuset i Stavanger skjer altså ikke identifiseringen av pasienter med alkoholproblem med hjelp av systematisk screening. Det er helsepersonell på sykehuset som identifiserer pasienter med alkoholproblem eller risikofylt alkoholbruk og det blir ikke brukt screeningverktøy. Når er en pasient er identifisert til å ha et alkoholproblem blir vedkommende henvist til en av de to ruskonsulentene ved sykehuset.

Ruskonsulenten snakker med pasienten og gjør en kartlegging med hjelp av verktøyet AUDIT og vurderer deretter behov for videre oppfølging. Det er ikke bare pasienter innlagt med åpenbare alkoholrelaterte skader/sykdommer som blir identifisert og henvist, men også pasienter som kommer inn med andre årsaker/diagnoser, men der alkoholen indirekte er årsaken til innleggelse. Disse pasientene er en sårbar gruppe og det er mye skam tilknyttet alkoholoverforbruk. Alkoholbruk er fortsatt tabubelagt og det er derfor en utfordrende samtale for helsepersonell. Pasientene har ikke bedt om å bli spurt om sine alkoholvaner og det krever en kontinuerlig etisk refleksjon om hva som er best for pasienten.

Denne studien vil beskrive hvordan identifikasjonsprosessen (pasientforløpet) for pasienter med skjult alkoholmisbruk (alkoholmisbruk som ikke er kjent for helsevesenet fra før) ser ut ved Stavanger Universitetssjukehus.

De fleste sykehus benytter seg av en metodikk som består av screening, brief intervention og omfattende behandling, se figur 1 (KORFOR, 2013). Innen internasjonal forskning er det screening og brief intervention som er mest omtalt.

### Figur 1 og 2



Modellen starter med screening<sup>1</sup>. Pasienten kommer inn på sykehus og blir screenet, som regel i akuttmottak, men også på andre avdelinger, og det brukes et screeningsverktøy (AUDIT-C, FAST, CAGE, PAD osv.). Screeningen er systematisk, det vil si at alle pasienter blir screenet og screeningen blir som regel utført av sykepleiere. Noen sykehus har valgt å screene kun utvalgte diagnoser som oftest er knyttet til alkoholbruk. Diagnoser som er knyttet til for høyt alkoholforbruk er hodeskade, vold, trauma, gastritt, brystmerter, høyt blodtrykk, psykiske symptomer, pankreatitt, bruddskader, nedsatt allmenntilstand og kollaps (KORFOR, 2013).

Når pasienten er blitt screenet og får et positivt resultat, vil pasienten få et kort informasjonssamtale, Brief Intervention,<sup>2</sup> av sykehuspersonell, som regel en sykepleier som er spesialisert i alkoholproblematikk. Etter den korte samtalen vurderes det om pasienten skal henvises til videre behandling som for eksempel, oppfølging på

<sup>1</sup> Screening er i utgangspunktet, ment som et forberedende tiltak for å fastslå sannsynligheten for at en person har en sykdom, en tilstand eller er i risiko for utvikling av helse eller sosial problemer. Forskning viser at man ved bruk av screening kan avdekke risiko faktorer og videre skille mellom de som kan dra nytte av minimale intervensjon og de som har behov for videre behandling (Babor, Kadde, 2005)

<sup>2</sup> Det som kjennetegner Brief Intervention er at det er en kort samtale på få minutter (Nilsen, Kaner, Babor, 2008)

poliklinikk, innleggelse til avrusning eller andre typer behandling. Dette er ofte en langvarig behandling som krever flere konsultasjoner.

Ved Stavanger Universitetssykehus starter metoden med en identifikasjon av mulig alkoholproblem hos en pasient, se figur 2. Helsepersonell fatter en første bekymring for pasienten i forhold til alkohol. Jeg ønsker i denne studien å belyse av hvem og hvorfor denne bekymringen oppstår.

Når bekymringen over et mulig alkoholproblem er til stede blir pasienten spurt om sine alkoholvaner, informert om bekymringen og tanken om å henvise pasienten til ruskonsulent. Jeg ønsker å undersøke hvem det er som tar denne samtalen med pasienten og hvordan alkohol tas opp som tema.

Når den første samtalen har funnet sted, blir det tatt en beslutning om pasienten skal henvises ruskonsulent. Jeg ønsker å undersøke hvem det er som tar beslutningen om å henvise og hvem det er som henviser. Er det den samme personen som har snakket med pasienten? Blir avgjørelsen om å henvise tatt alene eller i felleskap med kollegaer?

Når beslutningen om å henvise er tatt, blir det sent en henvisning til ruskonsulent som gjør en kartlegging av mulig alkoholproblem.

Jeg ønsker å se på hvilken type informasjon ruskonsulenten fikk om pasienten før de traff pasienten første gang, og om denne informasjonen stemte overrens med den informasjon de fikk av pasienten.

Gjennom å undersøke identifikasjonsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk, vil vi kunne få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell identifiserer denne pasientgruppen, hva som fungerer og hva som kan gjøres bedre og dermed hvordan denne pasientgruppen kan tilbys hjelp på et tidligere tidspunkt og dermed redusere faren for helse – og sosiale problemer som følge av alkoholproblemer. Dette er i tråd med forventninger fra myndighetene.

## **1.2. Tidligere forskning**

For å gjøre seg kjent med tidligere forskning ble det gjort systematisk søk etter forskningsartikler i databasene: Academic Search Premier, Cinahl, Cochrane Library, Medline, Pubmed og Soc INDEX. Søkeord som ble benyttet var: *alcohol, consumption, drinking, detection, identification, hospital, intervention, nurses, attitudes, patient*

*centered, clues, assessment, excessive, misuse, somatic, ward, case study, stigma, screening.* Søkeorden ble brukt i ulike kombinasjoner og for å sikre alle varianter av skrivemåter i søkene ble søkene gjort med trunkering. Tilsvarende ble søkt i norsk og nordisk litteratur med søkeordene *sykehus, alkohol, intervensjoner, screening, misbruk, stigmatisering, rusmisbruk, helsepersonell, tidlig, identifisering.*

Det finnes flere forskningsartikler om ulike typer intervensjoner og screeningsverktøy og hvordan disse fungerer. De studiene som kun beskrev forskjellige screeningverktøy, brief intervention og effekten av disse ble ekskludert fordi de ikke var relevant for denne studien. Det finnes også flere forskningsartikler om hvilke barrierer og vanskeligheter som er blitt påvist hos helsepersonell i møtet med, og i samtale med pasienter med alkoholmisbruk. Den mest aktuelle og nyeste forskningen ble tatt med, mens de andre ble ekskludert. Det fantes lite forskning om hva det er som fungerer i møtet og samtalen mellom pasient og helsepersonell på sykehus og hvordan helsepersonell identifiserer pasienter med alkoholproblemer når det ikke benyttes screeningverktøy. For å finne ytterligere informasjon ble referanselistene i aktuelle forskninger og fagbøker studert, og interessante bøker og artikler ble funnet og vurdert. Underveis i prosjektperioden er det blitt gjort jevnlig litteratursøk og vurderinger av forskningsartikler.

Informasjon om sykehuspraksis rundt omkring i verden, viser at de fleste sykehus som har alkohol intervensjoner bruker systematisk screening for å identifisere pasienter med alkoholproblem (KORFOR, 2013). Dette samsvarer med Verdens Helseorganisasjon, WHO, som anbefaler screening som metode for å identifisere pasienter med forhøyet alkoholforbruk både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (World Health Organization). Dette understøttes også av flere forskningsresultat (Berholet, Daeppen, Wietlisbach, Fleming, Burnand, 2005), (World Health Organization), (Kaner, Dickinson, Beyer, Pienaar, Schlesinger, Cambel et al, 2009). Gentiollo m.fl (1999) konkluderer med at sykehuspersonell kan ha vansker med å identifisere pasienter med alkoholproblemer om det ikke brukes screening. Han får støtte av flere studier som viser at det er vanskelig å identifisere pasienter med et rusmisbruk uten screening (Desy, Howerd, Perhats, Li, 2010), (D'Onofrio, Degutis, 2002).

Alkoholoverforbruk er vanlig blant pasienter i akuttmottak. Samtidig er akuttmottak en travel avdeling med mange forskjellige pasientkategorier. Akuttmottak er en viktig plass

å starte opp screening og intervensjoner, men på grunn av travelhet og tidspress er det langt i fra dette fungerer i praksis (Aalto, Seppa, 2004), (Rootman, Mustrad, Kalia, Ahmed, 2007). I tillegg mangler helsepersonell trygghet, kunnskap, evne og ansvarsfølelse når det kommer til å behandle pasienter med alkoholrelaterte problemer i akuttmottak (Indig, Copeland, Conigrave, Rotenko, 2009). Det kan tenkes at helsehjelpen i akuttmottak er preget av et mer reduksjonistisk menneskesyn på grunn av akuttmedisinens natur og at det derfor kan være en utfordring å innføre et mer forebyggende syn med holistisk karakter inn i et akuttmottak (Bensberg, Kennedy, 2002).

En studie viser at helsepersonell identifiserer mindre enn en tredjedel av pasienter med alkoholproblem på sykehus (Shourie, Conigrave, Proude, Haber, 2007) og en annen studie viser at helsepersonell i akuttmottak har problemer med å identifisere pasienter med alkoholproblemer når alkohol ikke er en åpenbar årsak til innleggelsen (Indig, Copeland, Conigrav, Rotenko, 2008). Det kan hende at det ikke er samsvar mellom det helsepersonell tror og det som faktisk viser seg å være en pasient med alkoholproblemer eller alkoholpåvirkning. Helsepersonell identifiserer pasienter som er høylyttet eller som gjør seg bemerket i mottaket, mens pasienter som er stille og krever lite ikke blir identifisert (Olsen, Smith, Kloss, Ho, Apple, 2013), (Gentilello et al, 1999).

Det finnes altså forskning som taler for systematisk screening av pasienter med mulig alkoholproblemer, men det er ikke heller klare resultater på at screening og brief intervention gir gode resultater over tid (McQueen, Howe, Allan, Mains, Hardy, 2011). Det er heller ikke funnet bevis for eller mot effekten av bruk av semi-systematisk eller ikke systematisk metode for å identifisere risikofylt bruk av alkohol hos pasienter (Reinholdz, Bendtsen, Spak, 2011). Undersøkelser tyder på at de tidligste tegnene på risikofylt bruk av alkohol er psykososiale faktorer og skal man bruke semi- eller ikke systematisk screening er det nettopp psykososiale faktorer man bør fokusere på. De symptomer som bør fokuseres på er depresjon, hypertensjon, problemer på arbeidsplassen, søvnproblemer, angst, trauma, problemer i samliv/familieliv og juridiske problemer (Reinholdz, Bendtsen, Spak, 2011).

Mens det er lite forskning på ikke systematiske metoder for å identifisere alkoholmisbruk blant pasienter i sykehus, er det gjort mer forskning i primærhelsetjenesten og da spesielt blant allmennleger. Undersøkelser blant

allmennleger i primærhelsetjenesten viser at screening er mindre brukt. Studier viser at allmennleger synes screening ikke er egnet for den måten de jobber på og at screening har en negativ effekt på lege- pasient forholdet (Andreasson, Hjalmarsson, Rehnman, 2000), (Beich, Gannik, Saelan, Thorsen, 2007), (Nygaard, Aasland, 2011).

Torgeir Gilje Lid og Kirsti Malterud (2010) undersøkte med hjelp av fokusgruppeintervju hvordan allmennleger identifiserte pasienter med alkoholproblem og på hvilken måte de tok opp tema alkohol med sine pasienter. Resultatet fra undersøkelsen viste at allmennleger bruker intuisjon, tidligere sykdommer/skader, innleggelses på sykehus og informasjon fra pasientene sine pårørende når de identifiserte og snakket med pasienter om deres alkoholbruk. Noen av legene spurte om alkoholvaner som en rutine, mens andre benyttet anledningen om å snakke om alkoholvaner da de tok i mot nye pasienter eller utførte helsekontroller/sertifikat.

Guassora og Baarts (2010) har funnet lignende resultater når de undersøkte hvordan allmennleger snakket med pasienter om røyking. De observerte og intervjuet allmennleger og pasienter, og resultatene viste at for å snakke med pasienten om røyking måtte det være relevant for hvorfor pasienten var der. Eksempelvis at pasienten hadde symptomer eller sykdommer som kan relateres til røyking. Sarjonen m.fl. (2006) fant lignende resultat i en undersøkelse av hvordan spørsmål om livsstil ble tatt opp av allmennpraktiserende leger i deres møte med pasienter.

Grete Opstad (2010) undersøkte i sin masteroppgave, hvordan pasienter innlagt på sykehus opplever å bli spurt om sin egen helse og livsstil. Resultat fra studien viste at pasientene synes det var greit, og at de forventet å bli spurt om livsstil mens de lå på sykehus. Men spørsmålene måtte oppleves som relevante for situasjonen og de som stilte spørsmålene måtte vise høflighet, ivaretagelse og en ikke dømmende atferd.

Flere studier gjort i primærhelsetjenesten viser at helsepersonell synes det er vanskelig å snakke med pasienten om deres alkoholvaner.

En studie fra McCormick et al. (2006) viser at det kan tyde på at allmennleger har barrierer som usikkerhet og unnvikelse når det kommer til det å snakke med pasienten om deres alkoholvaner. En studie gjort i primær helsetjenesten i Sverige viser at uansett om helsepersonell synes det er viktig å identifisere alkoholproblemer og snakke med pasienten om alkohol, var det bare 50 % av legene og 28 % av sykepleiene som snakket

med sine pasienter om alkoholbruk (Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjø, Geirsson, Nilsen, 2008). Andre studier viser lignende resultat (Kaner, Heather, McAvoy, Lock, Gilvarry, 1999), (Geirsson, Bendtsen, Spak, 2005).

En kvalitativ studie gjort i primærhelsetjenesten viser at sykepleiere syns det var lettere å snakke med pasienter som har et skadelig bruk av alkohol, enn pasienter som har et risikofylt bruk av alkohol. Sykepleiene syns også det var lettere å ta opp spørsmål om alkoholvaner hvis de kunne si at de var forpliktet til å gjøre det. Sykepleiene oppgav at de manglet selvtillit til hvordan de skulle håndtere samtalen og svarene de fikk, og tidspress kom også opp som et hinder (Johansson, Åkerlid, Bendtsen, 2005). Tidspress er også kommet frem som en faktor for å la være å ta opp tema alkohol i andre studier (Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjø, Geirsson, Nilsen, 2008), (Aalto, Pekuri, Seppa, 2002).

Det kan tyde på at allmennpraktikere er mer trygge på å identifisere og snakke med pasienter om alkohol enn sykepleiere (Johansson, Bendtsen, Åkerlid, 2002). Begge yrkesgruppene ønsker mer kunnskap om teknikker de kan bruke ved samtaler med pasienten. De etterlyser også større mulighet til å henvise pasienten til spesialist (Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjø, Geirsson, Nilsen, 2008). Helsepersonell i primærhelsetjenesten er også redde for at relasjonen til pasienten vil bli dårlig eller ta slutt hvis de spør pasientene om deres alkoholvaner (Johansson, Åkerlid, Bendtsen 2005).

Når leger og sykepleiere mangler kunnskap om hvordan man identifiserer risikofylt alkoholforbruk blant pasienter som ikke har åpenbare symptomer på det, og i tillegg føler at de ikke har nok kunnskap om konsultasjonsteknikker, kan det være en forklaring på hvorfor ikke flere pasienter med risikofylt forbruk blir identifisert av helsepersonell (Geirsson, Bendtsen, Spak, 2005), (Aalto, Pekuri, Seppa, 2002).

Jeg ønsker i denne studien å fokusere på hvordan identifiseringsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk ser ut. Hva som gjør at helsepersonell identifiserer, snakker med og henviser pasienten til ruskonsulent. Dermed kaster jeg lys over hva som fungerer og hvordan, i stedet for å fokusere på de barrierer som mye av tidligere forskning beskriver.

### **1.3. Studiens hensikt og mål**

Hensikten med studien er å undersøke hvordan identifikasjonsprosessen for skjult alkoholmisbruk blant pasienter på somatisk sykehusavdeling ser ut. Målet med studien er å få en innsikt i identifikasjonsprosessens alle ledd og dermed undersøke hvordan, hvorfor og på hvilken måte helsepersonell identifiserer, snakker med og henviser pasienten til ruskonsulent og dermed også hvordan metoden og tilbudet til pasienten kan bli bedre.

### **1.4. Problemstilling og forskningsspørsmål**

Problemstillingen er en konkretisering av de fenomen som skal undersøkes. Min studie har følgende problemstilling:

*Hvordan ser identifikasjonsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk i somatisk sykehusavdeling ut? Og foregår identifikasjonen i tråd med den metoden som omtales som pragmatic case finding?*

Problemstillingen søkes belyst gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan identifiserer helsepersonell pasienter med skjult alkoholmisbruk?
- På hvilken måte og av hvem blir tema alkohol tatt opp med pasienten?
- Hvordan blir beslutningen om å henviser pasienten til ruskonsulent tatt?
- Hva finner ruskonsulent i samtale med pasienten?
- Hva kjennetegner de forskjellige fasene i identifikasjonsprosessen?

#### **1.4.1 Avgrensning og begrepsavklaring i forhold til problemstilling**

Tema på min studie er hvordan identifikasjonsprosessen for pasienter innlagt på sykehus med skjult alkoholmisbruk ser ut og om identifikasjonen foregår i tråd med den metoden som omtales som pragmatic case finding. Studien tar utgangspunkt i somatisk sykehus. Studien vil ikke sette metoden opp imot systematisk screening, men vil beskrive hvordan metoden Stavanger Universitetssjukehus bruker ser ut, og dermed hvordan denne metoden kan bli bedre. Jeg ser det som hensiktsmessig å gjøre følgende begrepsavklaringer.

**Identifikasjonsprosessen:** Med identifikasjonsprosessen menes her et pasientforløp på somatisk sykehus. Pasientforløpet starter med at pasienten blir identifisert av helsepersonell til å ha alkoholproblem. Deretter blir tema alkohol tatt opp med pasienten og det blir sendt en henvisning til ruskonsulent. Til slutt i prosessen, snakker



ruskonsulent med pasienten. Identifikasjonsprosessen går altså fra første identifikasjon, til pasienten har snakket med ruskonsulent og dette skjer mens pasienten er innlagt på somatisk sykehus.

**Skjult alkoholmisbruk:** Med skjult alkoholmisbruk menes at pasientene sine alkoholproblemer ikke er kjent for helsevesenet fra før.

**Alkoholmisbruk, alkoholproblem, alkoholoverforbruk:** I denne studien vil det ikke bli skilt mellom de ulike typer alkoholproblemer. Det er ikke en hensikt og finne ut om pasienten er avhengig av alkohol, misbruker alkohol eller om han/hun har et problematisk eller skadelig alkoholbruk. De forskekjellige begrepene vil derfor bli brukt om hverandre.

**Helsepersonell:** Med helsepersonell mener jeg i denne studien de sykehusansatte som har vært med i identifikasjonsforløpet til pasienten. Det kan være sykepleiere, leger, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, medisinstudenter, turnusleger, sykepleiestudenter og assistenter.

**Pragmatic case finding:** Pragmatic case finding som metode kjennetegnes av at helsepersonell tar opp spørsmål om alkohol med pasienten, når han/hun føler at det er relevant, altså på basis av en aktuell klinisk vurdering (Reinholdz, Bendtsen, Spak, 2011).

### **1.5. Studiens oppbygging**

Innledning gir en oversikt over studiens innhold. Her blir bakgrunnsinformasjon, tidligere forskning og politiske føringer redegjort for. I tillegg blir studiens hensikt og mål, samt problemstilling beskrevet. I kapittelet teoretisk rammeverk, blir det gjort rede for teorier og forskning som er brukt for å belyse oppgavens problemstilling. Pragmatic case finding som metode for å identifisere alkoholmisbruk hos pasienter i sykehus og i primærhelsetjenesten blir diskutert. Så blir sykepleierrollen og sykepleierens funksjon og utfordringer i sykehus belyst og til sist Erving Goffmanns teori om stigma.

Metodekapittelet beskriver studiens vitenskapelige forankring, forskningsstrategi og forskningsdesign. Her vil også utvalg og tilgang til feltet bli beskrevet og i tillegg en beskrivelse av analyseprosessen samt studiens troverdighet og forskningsetiske vurderinger.

Resultat kapitlet starter med en beskrivelse av alle casene. Dette for å lette lesingen. Deretter blir funnene i studien delt opp og presentert i ulike deler: første observasjon, refleksjon, tilbake til pasienten - samtalen, begrunnelse for henvisning, ruskonsulenten og til slutt roller og språk.

Drøftingen tar utgangspunkt i de funn beskrevet i resultat kapitlet. Til sist i drøftingen blir metodiske overveieleser og - kritikk diskutert. Studien avsluttes med en konklusjon.

## **2. Teoretisk rammeverk**

I dette kapittelet blir det redegjort for det teoretiske fundament som studien bygger på, og som ble vurdert som hensiktsmessig for å kunne belyse og diskutere problemstillingen sett opp mot empiriske data. For å holde meg til en induktiv tilnærming er teorien som blir presentert under ikke direkte benyttet under datainnsamlingen. Men siden det ikke er mulighet å fjerne seg helt fra egen teoretisk bakgrunn, var tidligere forskning og en del av teorien, en del av min forforståelse og bakgrunnskunnskap for område. Kapittelet inneholder forskning på pragmatisk case finding og hvordan allmennleger jobber med identifisering/intervensjon av alkoholoverforbruk hos pasienter. Det blir også sett på forskjeller mellom metodene pragmatic case finding og systematisk screening. Etter det blir sykepleierens roller i sykehuset og konsekvensene av dette gjort rede for og til sist Erving Goffmanns teori om stigma, samt forskning på stigma i helsevesenet.

### **2.1. Pragmatisk case finding**

Som alternativ til en systematisk screening kan en mer situasjonsrelatert tilnærming i form av ”case-finding” eller bekreftende undersøkelser og/eller samtaler ved mistanke om rusrelaterte vansker også benyttes i identifikasjonsforløpet.

Reinholdz, Bendtsen og Spak (2011) har gjort en systematisk review der de har sett på hvordan tidlig identifikasjon av risikofylt alkoholbruk blir avdekket ved vanlig klinisk hverdag og de har sammenlignet det med systematisk screening.

De fant tre forskjellige metoder for identifisering av alkoholproblemer hos pasienter, systematisk screening, semi systematisk screening og ikke systematisk screening. Ved bruk av semi systematiske metoder tar helsepersonell opp spørsmål om alkohol på basis av pasienten sine fysiske, psykiske eller sosiale symptomer på alkoholoverforbruk. Metoden blir kalt semi systematisk, fordi alle pasienter kan ha symptomer på alkoholoverforbruk, men ikke alle blir spurt om deres alkoholvaner. Reinholdz, Bendtsen og Spak (2011) beskriver ikke systematisk screening som en metode der helsepersonell tar opp spørsmålet om alkohol når han/hun føler at det er relevant og naturlig, altså på basis av klinisk skjønn. I de kliniske vurderingene om alkohol skal tas opp som tema eller ikke, ligger intuisjon og kunnskap om diagnoser og symptomer som kan forbindes med alkoholoverforbruk. Ikke systematisk screening vil i heretter i denne studien bli benevnt som pragmatic case finding.

I studien fant Reinholdz, Bendtsen og Spak (2011) at systematisk screening var en god metode for å identifisere alkoholoverforbruk hos pasienter, men de fant ingen bevis for eller imot bruken av pragmatic case finding. De viser til, at hvis man skal velge pragmatisk case finding som metode, er det noen kliniske tegn og tilstander som er mer hyppig assosiert med alkoholoverforbruk. Tilstander som man bør fokusere på om man bruker pragmatic case finding er hypertensjon, skader, arytmier, angst og depresjon, samlivs problemer, problemer med jobb, forverring av psoriasis, fordøyelsesproblemer og søvnforstyrrelser.

## **2.2. Pragmatiske case finding i primærhelsetjenesten**

Torgeir Gilje Lid og Kirsti Malterud (2012) undersøkte hvordan allmennleger identifiserte alkoholproblemer og hvordan de kom inn på tema alkohol med pasientene. Studien ble gjort blant allmennleger i Stavanger regionen og ved hjelp av fokusgruppeintervjuer.

Resultater fra studien viser at allmennleger ikke bruker systematisk screening for å identifisere pasienter med alkoholproblem (Lid, Malterud, 2012). Videre fant Lid og Malterud (2012) at allmennleger bruker forskjellige metoder til å identifisere pasienter med alkoholoverforbruk. Noen leger hadde en vag fornemmelse, noen spurte pasienten ved kliniske tegn på alkoholoverforbruk eller på en hendelse, f. eks sykehusopphold eller fall. Iblant var det pårørende som bad legen om å ta opp alkohol med pasienten og i andre tilfeller passet legen på å spørre ved rutine undersøkelser som for eksempel fornyelse av helsesertifikat eller når de tok imot nye pasienter. Felles var at det ble brukt pragmatiske strategier for å ta opp alkohol som et tema og strategiene var tilpasset pasienten, situasjonen og legens egen stil. Alkohol ble tatt opp som tema når en anledning til å ta opp tema bød seg.

Guassora og Baarts (2010) undersøkte hvordan allmennleger tok opp røyking med sine pasienter. De intervjuet både leger og pasienter. Det å ta opp røyking som et tema i alle pasientkonsultasjoner hos allmennleger er anbefalt, men det blir likevel ikke gjort.

Guassora og Baarts (2010) fant i sin undersøkelse at både allmennlegene og pasienter mente at det å ta opp røyking under en pasientkonsultasjon måtte skje bare om det var relevant for hvorfor pasienten var der. Relevanskriteriene kunne være ved kliniske tegn på røyking som for eksempel hoste, ved diagnoser som kunne være knyttet til røyking

som for eksempel astma eller ved type kliniske undersøkelser med ”small talk”, der det blir naturlig å spørre om røyking. Pasientene i studien fortalte at om legen hadde tatt opp røyking når det ikke var relevant for hvorfor de var der, hadde pasientene reagert på det og tenkt at dette ikke gjelder spesifikt meg, men at det er en helsekampanje som legen må snakke om. Andre svarte at de ville ha trodd at legen hadde tatt opp røyking fordi de mistenkte at noe var galt, og at de derfor hadde blitt urolige. Hva som er relevant for hvorfor pasienten har kommet til lege ligger som en ramme rundt selve konsultasjonen (Guassora og Baarts, 2010).

### **2.3. Hvordan skiller Pragmatic case finding seg fra screening?**

Man kan si at systematisk screening er en mer oppgavesentret metode.

Screeningverktøy er instrumentelle og måten spørsmålene stilles på, kan oppfattes som paternalistisk, spesielt hvis screeningen erstatter en tillitsfull samtale (Wåhlin, 2013).

Mens Guassora og Baarts (2010) samt Lid og Malterud (2012) fant i sine studier, at det for pasienten var viktig at spørsmål om alkohol og røyking var relevant for hvorfor de hadde oppsøkt legen, kan screening bli feil, til og med krenkende, hvis ikke screening spørsmålene passer inn i samtalen på en naturlig måte. Brukes pragmatic case finding vil kriterierelevansen alltid være der, siden metoden brukes ved tegn på alkoholmisbruk. Metoden krever at helsepersonell bruker sin profesjonelle kunnskap og sine sanser til å se og lytte til pasienten. Metoden krever altså bruk av faglig skjønn i tillegg til profesjonell kunnskap. I skjønnnet dominerer den praktiske kunnskapen og skjønnnet, og skjønnnet læres i praktiske sammenheng. Skjønnnet er en oppøving å stille seg åpen for de sanselige inntrykk. Det er en måte å være sanselig tilstede på, på en god klinisk måte (Martinsen, 2003, s. 144). Systematisk screening derimot, kan i prinsipp brukes av alle og det kreves ikke spesielle kunnskaper eller ferdigheter. Alsvåg (2007, s.210) skriver at bruk av standarder og regler kan være et hinder for utvikling av godt skjønn og dersom standarder blir brukt uten at det utøves faglig skjønn, kan dette være til et hinder for læring. I helsevesenet og for pasientene er det viktig at de metodene som brukes passer den måten vi arbeider på og skal systematisk screening brukes er det viktig at man begrenser bruken til de situasjonene der pasienten synes det er akseptabelt. Bruken av screening må ikke kollidere med pasientsentrert behandling og pleie (Wåhlin, 2013). En utfordring i bruk av systematisk screening er at med en nordisk drikkekultur vil det være stor mulighet for falsk positiv utslag. En nordisk ”helgefylla” innebærer flere alkohol enheter på en kveld, noe som gir et positivt svar i et av spørsmålene i for

eksempel AUDIT, uten at det nødvendigvis betyr at pasienten har alkoholproblem. Blir flere pasienter med et falskt positivt svar henvist videre til ruskonsulent blir det et spørsmål om hvordan resursene til ruskonsulenten skal brukes (Wåhlin, 2013). En utfordring med bruk av systematisk screening er at pasienten på grunn av skam og skyld, ikke svarer oppriktig på spørsmålene og dermed får en negativ skår. Pasienten blir på grunn av negativ skår på screeningen, ikke tilbytt hjelp og helsepersonell som ikke er vant til eller opplært i å bruke sine kunnskaper om alkoholrelaterte helseproblem vil risikere og ikke oppdage symptomer eller atferd som skyldes alkoholmisbruk. Er helsepersonell vant til å bruke sine kunnskaper og vant til å være observante i alle pasientsituasjoner, vil kanskje flere pasienter kunne tilbys hjelp.

#### **2.4. Sykeleierens rolle og funksjon**

Sykepleiens funksjon er beskrevet av forskjellige teoretikere. De forskjellige forfatterne vektlegger ulike sider av sykepleien. Virginia Henderson (1998, s. 46) legger vekt på det å ivareta menneskets grunnleggende behov. Hun hevder at sykepleiere er selvstendige utøvere, som er i stand til å foreta selvstendige bedømmelser så lenge han/hun ikke stiller diagnoser, foreskriver behandling av sykdom eller setter opp prognoser, for dette er legens funksjon.

Andre forfattere legger vekt på samhandling mellom pasient og sykepleier. Travelbee (2001, s.29) setter fokus på det innledende møte, fremvekst av identitet, empati og gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Dette er en forutsetning for at sykepleieren ikke skal se pasienten som ”enda en pasient” men få pasienten til å fremstå som unik.

Patricia Benner og Judith Wrubel (1989) beskriver omsorg som grunnlag for menneskelig liv og dermed all sykepleie. Omsorgen er også grunnlag for mestring, og mestring og stress står sentralt i deres sykepleieteori.

Selv om teoretikerne beskriver ulike sider av sykepleie så finnes det en del fellestrekk. Sentralt er mennesket – pasienten - og hans helsetilstand. For å kunne realisere målene, helse, livskvalitet og mestring, må sykepleiere i tillegg til fagkunnskap, ha god kjennskap til pasienten som person. Sykepleieren må vite hvordan pasienten har det nå og hvem han er. Kommunikasjon og samarbeid med pasienten er derfor en sentral side ved utøvelse av sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, 2005).

For å utøve sykepleie i Norge i dag må sykepleieren følge de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Sykepleiens grunnlag og roller er nedfelt i disse og retningslinjene bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for de enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.* (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

#### **2.4.1 Sykepleieres og legens rolle i sykehus i dag**

Slik forholdet er i dag har legeprofesjonen monopol på sin medisinske teoretiske kunnskap og denne gir i tillegg en høyere rang i hierarkiet enn sykepleiernes mer praktiske kunnskap. (Dahle, 2008).

I hierarkiske systemer som helsevesenet er, har leger mer omfattende juridisk og profesjonelt ansvar for pasienten enn sykepleiere, fordi leger har kontroll over omfattende vitenskapelig kunnskap. I tillegg har de kontroll over teknologi og institusjoner, og sammen danner dette det medisinske feltet (Olsvold, 2010).

Maktforholdet mellom profesjonene er nedfelt i loververket. I Helsepersonelloven (2000) § 4 står det ”ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger i medisinske og spørsmål som gjelder undersøkelser og behandling av den enkelte pasient”. Legeprofesjonen innehar den medisinske kunnskapen og det medisinske ansvaret for pasientens medisinske behandling. Sykepleieren er i ”legens klinikk” der legen har rett til å definere pleien, behandlingen og forskningen innefor den evidensbaserte medisinen. Legenes påvirkning kan gjøre at sykepleiene har vanskeligheter med å ta vare på sykepleien som et selvstendig fag (Martinsen, Eriksson, 2009, s. 119-120).

Leger har tradisjonelt vært i ledende posisjoner i helsevesenet og hatt makt over andre personer i form av autoritet som ledere. Ledelse og det å styre andre har vært vesentlig i det medisinske faget, og legene er lært opp i denne tradisjon gjennom utdanning og sosialisering til legeyrke. Legenes sterke posisjon og status i samfunnet har vært med på å skape en oppfatning om at ledelse er en naturlig del av legenes yrkesutøvelse (Normann, 2001).

I en SINTEF rapport (2001) undersøkte forskere sykepleienes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. Roller handler om arbeid, kompetanse og identitet. Sykepleiere utøver sin rolle gjennom arbeidet de utfører som ansatte i sykehuset. For å utøve rollen er det nødvendig å tilegne seg ulike former teoretisk og praktisk kompetanse gjennom utdanning, men også gjennom yrkesutøvelse. I sykehuset utøver sykepleieren rollen sin innen et bestemt system med sine særegne funksjoner og oppgaver innenfor helsetjenesten (Vareide, Hofseth, Norvol, Røhme, 2001).

Forskarene fra SINTEF fant i sin undersøkelse at et viktig kjennetegn av sykepleierrollen i sykehus er at denne er ”vid”. Den spenner over mange ulike funksjoner og arbeidsområder. Sykepleie i sykehus består av både emosjonelt, fysisk og mentalt arbeid, som stiller krav til ulike former for kompetanse. Arbeidet er også kjennetegnet av at sykepleierne utfører mange forskjellige arbeidsoppgaver samtidig. Sykepleierne ga uttrykk for at de stadig får mer arbeidsoppgaver utenom direkte pasientbehandling og at det er vanskelig å avgrense seg fra disse oppgavene. Dette var særlig administrative og husholdningsoppgaver. Sykepleierne opplevde samværet med pasientene som noe av det mest givende i arbeidet som sykepleier. De fleste sykepleierne fremhever helhetlig sykepleie som viktig. Oppstykketheten i arbeidet syntes å stå i et spenningsforhold til ønske om helhetlig tilværelse av den enkelte pasient og mange fremhever at de ikke har tilstrekkelig tid til den enkelte pasient eller til å følge opp pasienten og pårørende (Vareide, Hofseth, Norvol, Røhme, 2001).

Sykepleierne opplevde at de i stor grad fikk brukt sin kompetanse i sykehuset. Flere sa imidlertid at de i liten grad får brukt og utviklet sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse, noe de synes er meget interessant side av arbeidet, samtidig som det er krevende (Vareide, Hofseth, Norvol, Røhme, 2001).

Vareide, Hofseth, Norval og Røhme (2001) peker på noen dilemmaer i sykepleierrollen i sykehus. Et av dilemmaene er arbeidspresset og den vide sykepleierrollen. Forskerne stilte spørsmål om sykepleiernes kompetanse blir brukt riktig. Et annet dilemma er gapet mellom sykepleiernes forventninger om å utføre helhetlig sykepleie til pasienten og deres mulighet til å gjøre det i sykehuset. Også tilrettelegging for faglig fordypning, spesielt blant erfarne sykepleiere og muligheten for å gjøre dette i en travel arbeidsdag pekes på som dilemma.



Nina Olsvold (2010) fant lignende resultater i sin doktorgrad. Hun undersøkte ansvar og yrkesroller i sykehus.

Arbeidsdagen for de ansatte på sykehuset er oppstykket. Ansvaret for pasienten er fordelt på mange hender. Det er lite stabilitet i arbeidet med sykehuspasienten. Leger og sykepleier er derfor gjensidig avhengige av hverandre for å gjøre en god jobb med pasienten. Det kreves samarbeid og fleksibilitet. For sykepleierne er det imidlertid et problem at leger og sykepleiere agerer forskjellig. Mens leger i større grad definerer sitt formelle ansvar innefor avgrensede rammer, beskrives sykepleiernes ansvar som "organisatorisk uavgrenset" (Osvold, 2010). Avhandlingen viser at sykepleiere tok ansvar for en rekke uformelt delegerte og uspesifiserte oppgaver. Når verken leger eller andre "eide" oppgavene, tok sykepleierne dem. Da ender det ofte med at de gjør "alt" som ellers ikke blir gjort. For mye ansvar til sykepleieren kan gå ut over både pasientsikkerhet og effektivitet. Yrkesgruppen vil oppleve stor "moralisk stress". Sykepleierne føler at de ikke har rammer til å utøve god sykepleie, og føler seg hensatt til et slags "produksjonssamlebånd". Men samtidig skal de være den viktigste person rundt pasienten og ta seg av oppgaver som legen ikke føler seg forpliktet til (Olsvold, 2010).

#### **2.4.2. utfordringer i møte mellom helsepersonell og pasienten med alkoholmisbruk i sykehus**

Sykepleiernes handlingsrom har lenge vært trangt. Når det er trangt blir prioriteringene tydeligere. Hva gjør det med det kliniske blikk og de etiske idealer? Både sykepleiere og leger velger kanskje å fokusere kun på behandlingen da det ikke er tid for resten. Pasientens helse og velvære trues når helsepersonell ikke får yte nødvendige helsetjenester i tråd med sin faglige kunnskap. Sykepleiere er den største gruppen av helsepersonell og den som oftest bringer mest tid i direkte pasientrelatert arbeid. Det er en diskrepans mellom hva man som sykepleier burde gjøre i møte med pasienten og hva man opplever at man har mulighet til. Sykepleierne drives i en retning der arbeidet blir mer oppgavesentrert enn pasientsentrert (Fjellbraaten, 2010, s.184). Det kan utvikle seg et mer reduksjonistisk syn på pasienten. Den holistiske, mellommenneskelige delen av faget har blitt betydelig svekket i sykehusene (Fjellbraaten, 2010). Man kanskje si at når helsepersonell tvinges vekk fra pasienten vil systematisk screening "tvinge seg frem" i stedet for pragmatic case- finding i sykehus i dag. Alkoholmisbruk er en sammensatt situasjon, noe som krever en holistisk og pasientsentret tilnærming (Wählin, 2013). For

å identifisere en pasient med skjult alkoholmisbruk kreves det at helsepersonell har tid nok til å gjøre sine observasjoner, tid nok å reflektere over observasjonene de har gjort og tid nok til å snakke med pasienten. Riktig tolkning av pasientens verbale og kroppslige uttrykk forutsetter nærhet og tilstedeværelse fra sykepleiernes side. Hvis ikke kan menneskelige hensyn bli oversett. Når man bruker pragmatiske metoder for å identifisere alkoholmisbruk blant pasienter forutsetter det et "kliniske blikk". Det forutsetter bruk av alle sanser, i tillegg til profesjonell kunnskap. Om tidspress hindrer helsepersonell i og "se" ting de ellers ville "se", er det pasienten som blir skadelidende. Alkoholmisbrukere er en sårbar gruppe og kommunikasjon, tillit og respekt er viktige aspekter i møtet mellom helsepersonell og pasienten. Stigmatisering gjør møtet enda vanskeligere. Det krever at sykepleiene har tid til å etablere et forhold til pasienten der pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Det å lytte til hva pasienten sier, ikke bare det verbale, men også det som blir sagt mellom linjene er viktig i arbeid med denne pasientgruppen. Mange av sykepleiernes utfordringer i sykehuset i dag, utfordrer kjernen i sykepleie. De samme utfordringene vil også kunne svekke muligheten for å identifisere og snakke med pasienter med alkoholmisbruk i sykehus.

## **2.5. Stigma**

Alkoholmisbruk er stigmatisert i samfunnet i dag. Stigmatisering kan blant annet føre til at pasienter med alkoholmisbruk blir avvist av helsepersonell. Å bære på et stigma vil gjøre at pasienten føler skam og skyld, og dette påvirker igjen hvordan pasienten møter omverden. Møtet mellom den som stigmatiserer og den som er stigmatisert, kan derfor være utfordrende. Jeg har valgt å bruke Goffmanns teori om stigma for å belyse min problemstilling, fordi den tar opp møtet mellom fremmede i det offentlige rom, kampen for anerkjennelse og bekreftelse, frykten for å bli avslørt, ønsket om å bli forstått og behovet for å trekke seg tilbake fra sosiale aktiviteter (Goffmann, 1963). Ved å få en forståelse av hva stigmatisering gjør i møtet mellom den stigmatiserte og den som stigmatiserer, vil man derfor få en forståelse om utfordringer i møtet mellom helsepersonell og pasienter med alkoholmisbruk.

I sosiologisk forstand plasserer vi andre i en sosial kategori. Goffmann (2007) er opptatt av hvordan selvet og identiteten dannes og opprettholdes i dagliglivet. Han skiller mellom tilsynelatende sosial identitet og faktisk sosial identitet. Den tilsynelatende identiteten er uttrykk for de umiddelbare normative krav og forventninger

omverden har av oss, hvordan en bestemt person bør være og hvilke egenskaper han bør ha. Den faktiske sosiale identiteten er derimot personens utgave av den sosiale identitet, den kategori han faktisk tilhører og de egenskapene han faktisk har.

Normer er med på å bestemme hva som er naturlig og vanlig, og er en forutsetning i det sosiale liv. Normer er også med på å diskvalifisere mange mennesker, fordi deres oppførsel eller fremtoning avviker fra normene og lett fører til stigmatisering. Dersom mennesket fremstår med en uønsket egenskap og skiller seg ut fra den kategori han forventes å passe inn i, går man lett fra å være et normalt menneske til et nedvurdert menneske. Da oppstår i følge Goffmann (2007) en stigmatisering.

Goffmanns definisjon på stigmatisering er: ”en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept. Stigmaet tildeler personen en sosial status som får forrang foran deres egenskaper, og den identitet personen faktisk har”(Goffmann, 1963, s. 3).

Goffmann (2007) har identifisert tre typer stigma og han deler stigma opp i fysiske, psykiske og gruppestigma:

1. Fysisk deformiteter, for eksempel hørselshemming, uførhet og blindhet.
2. Karakterbrist, for eksempel mental forstyrrelse, kjemisk avhengighet og homoseksualitet.
3. Rase, religion og nasjonalitet.

Et stigma er i følge Goffmann sosialt konstruert, det vil si at egenskapen blir stigmatiserende fordi det sosiale miljøet anser egenskapen som stigmatiserende. Dette kan føre til at ”normale” behandler stigmatiserte personer som mindreverdige og at de har en oppfatning om hvordan personen med dette stigma oppfører seg, hvilke verdier de har, hvilke egenskaper de innehar og tillegger dem dårlige egenskaper som rettferdiggjør diskriminering av stigmatiserte (Goffmann, 2007).

Diskreditert og misskreditabel er i følge Goffmanns (2007) teori uttrykk for, hvorvidt et stigma er synlig og kjent blant personens sosiale omgivelser (diskreditert), eller hvorvidt det hittil har vært mulig å skjule sin avvikelse fra omgivelsen (misskreditabel). Denne forskjellen har betydning for den sosiale interaksjon. Den misskreditable vil forsøke å kontrollere og kommunisere på en måte som gjør at han holder sitt stigma

skjult, kalles informasjonskontroll, mens den allerede diskrediterte, vil ha en helt annen forutsetning for interaksjon med omgivelsen, da stigma er kjent.

### **2.5.1. Helsepersonell og stigmatisering av pasienter med alkoholmisbruk**

Ifølge Lovi og Barr (2009) er stigma å behandle en person annerledes og se på de som sosialt uønsket for deretter å danne en negativ stereotype om alle som tilhører denne gruppen. Ved bruk av stigma kan helsepersonell avvise eller diskreditere pasienten. Lovi og Barr (2009) hadde som hensikt å undersøke og beskrive erfaringer til sykepleiere i forhold til stigma mot rusavhengige. I sin studie fant Lovi og Barr (2009) at det fortsatt forekommer stigmatisering av pasienter med rusproblemer blant helsepersonell. Helsepersonell hadde en dømmende holdning, en manglende kunnskap og manglende støtte til den rusavhengige. Resultatene viser også at holdningene til den rusavhengige var mer positive blant personell som jobbet på spesialavdeling for AIDS pasienter enn personell som jobbet i akuttmottak og på infeksjonsavdeling. Også legers holdninger til pasienter med rusproblemer er blitt belyst og også her finnes resultat på at leger stigmatiserer pasienter med rusproblemer (Høie, Sletnes, 2006).

Hoffmann (2006) undersøkte i sin masteroppgave hvilke holdninger sykepleiere hadde til pasienter med alkoholmisbruk. Hoffmann fant fire tema som handlet om at pasienter med alkoholmisbruk blir stigmatisert av sykepleier. Det handlet om måten alkoholmisbrukere ble karakterisert på, måten de ble snakket om, sykepleienes mistillit til pasienten med alkoholmisbruk og at pasienten ble stemplet som vanskelig. Hoffmann (2006) understreker at det er viktig å erkjenne at fordommer og krenkelser ikke nødvendigvis alltid er entydig, rendyrket og åpenlyst, men at det ofte finnes i de små blikk, spørsmålet som ikke ble stilt, ordvalget eller kroppsspråket.

Jeg har i min studie valgt å stille åpne spørsmål til helsepersonell for at på den måten få frem deres egne ordvalg og beskrivelser. Ordvalg og beskrivelser som kom frem i studien, viser at språket som ble brukt av helsepersonell var verdiladet.

## **2.6. Oppsummering av teoretisk rammeverk**

Forskning viser at systematisk screening er en god metode å identifisere pasienter med alkoholmisbruk. Likevel er det ikke funnet bevis på at andre mer pragmatiske metoder ikke fungerer. Skal man bruke pragmatic case finding i identifiseringen, er det spesielt psykososiale symptom man bør fokusere på for å identifisere pasienter med alkoholmisbruk. Allmennleger bruker sjelden systematisk screening fordi de ikke syns

det er en god metode i deres hverdag. De bruker mer pragmatiske metoder og identifiserer pasienten på grunn av diagnoser, symptomer og atferd. Allmennleger prøver å skape anledninger til å ta opp alkohol som tema og pasientene mener at det må være relevant for hvorfor de har oppsøkt legen. Bruk av pragmatiske metoder forutsetter profesjonell kunnskap og klinisk skjønn, mens systematisk screening er mer instrumentell, oppgavesentret metode. Sykepleiere er opptatt av helhetlig sykepleie og forutsetningen for god sykepleie er i tillegg til profesjonell kunnskap, kunnskap om pasienten. Hverdagen i sykehus er travel og sykepleierollen er ”vid” noe som gjør at sykepleierne føler det får for lite tid til pasienten. Stigmatisering av pasienter med alkoholmisbruk gjør at den sosiale interaksjonen mellom helsepersonell og pasient blir utfordrende. Stigmatisering finnes i ordvalg, blikk, spørsmål som ikke ble stilt og kroppsspråk.

### **3. Metode**

I dette kapittelet presenteres metodevalg og forskningsdesign. Kvaliteten på forskningen avgjøres av i hvilken grad spørsmålene oppgaven stiller, besvares på en valid og reliabel måte (Yin, 2014). Formålet for denne studien er å se på identifikasjonsprosessen for skjult alkoholmisbruk i somatisk sykehusavdelinger, og dermed hvordan helsepersonell samhandler og handler i denne prosessen. Dette kapittelet gir en beskrivelse av metodevalg i forhold til disse temaene i tillegg til en beskrivelse av analysen av dataene. Avslutningsvis beskrives troverdighet og forskningsetikk knyttet til denne studien.

#### **3.1. Eget ståsted og forforståelse**

Som forsker er man aldri nøytral. Det kreves refleksjon rundt eget ståsted og forforståelse knyttet til tema. Forskerens evne til refleksivitet er av betydning for studiens kvalitet og krever at forskeren erkjenner og overveier betydningen av eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2003).

Jeg er selv sykepleier og har siden år 2008 jobbet med blant annet pasienter med risikofylt alkoholbruk, misbruk og skjult alkoholproblematikk. Jeg har derfor kunnskap om pasientgruppen og har selv deltatt i identifikasjonsforløpet til pasienter med forskjellige alkoholproblemer. Jeg vet hvordan identifikasjonen, fra første identifisering til henvisning, foregår rent praktisk, men har ikke reflektert over prosessen i sin helhet. Jeg har noen tanker om at erfaring, kunnskap, holdning og tilfældighet spiller inn når pasienter blir identifisert med et skjult alkoholmisbruk. Jeg tror at flere pasienter kunne ha blitt identifisert om helsepersonell hadde hatt mer kunnskap om alkohol og rus generelt.

I denne prosessen har det av den grunn vært avgjørende for mitt forskningsprosjekt at jeg i forskerrollen har vært bevisst mitt ståsted, og hatt evne til å stille kritiske spørsmål til fremgangsmåten og resultatene for å sikre funnenes reliabilitet og validitet.

#### **3.2. Vitenskapelig forankring**

I metoddebatten presenteres tre syn: positivistisk, hermeneutisk og pragmatisk (Jacobsen, 2005). Positivistisk tilnærming fokuserer på generelle lovmessigheter. Hermeneutisk tilnærming fokuserer på at generelle lover ikke finnes, det er det særegne og unike som studeres. Pragmatisk tilnærming kombinerer positivistisk og hermeneutisk tilnærming og mener at det i prinsipp er liten forskjell mellom de to ulike metodiske tilnærmingene (Jacobsen, 2005).

Denne studien hadde primært en hermeneutisk tilnærming og baserer seg på den ontologiske tanken om at generelle lover ikke finnes.

Hermeneutikk beskrives som fortolkningslære og utviklingen av kunnskap kan beskrives som en «dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig» (Thornquist, 2003, s. 142).

Virkeligheten i en hermeneutisk tilnærming er menneskeskapt og man må derfor studere og undersøke hvordan mennesker oppfatter denne virkeligheten. Kunnskapen er unik for alle mennesker (Jacobsen, 2005).

Spørsmålene i denne studien var knyttet til unike case (pasientforløp) for å beskrive en identifikasjonsprosess. I hver case studeres hvordan mennesker samhandler og handler og hvordan de forstår den virkeligheten de er en del av.

### **3.3. Forskningsdesign**

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om fenomenet som skal studeres. Min studie undersøkte hvordan identifikasjonsprosessen for skjult alkoholmisbruk så ut. Da krevdes et metodevalg som fikk frem nyansert data, og som var åpent for kontekstuelle forhold. Det er sentralt å få frem helhetlig beskrivelser og den enkeltes forståelse og tolkning av fenomenet (Jacobsen, 2005). Min studie undersøkte komplekse menneskelige og sosiale fenomen. En eksplorativ og kvalitativ tilnærming ble derfor vurdert som best egnet til å gå i dybden og svare på problemstillingen. Kvalitative og kvantitative metoder stiller de samme grunnleggende krav for vitenskapelig kunnskap, men likevel settes metodene ofte opp mot hverandre (Malterud, 2003). De kvalitative metodene har som fordel at spørsmål stilles uten forhånds definerte svaralternativ og brukes for å øke kunnskap om menneskelig erfaring, tanker, opplevelse og holdinger (Malterud, 2003).

Målet i min studie var å undersøke identifikasjonsprosessen for skjult alkoholmisbruk blant sykehus pasienter og, dermed undersøke hvordan helsepersonell samhandlet og handlet. Det var et poeng at få undersøkt ett pasientforløp om gangen, for å fange det unike ved hvert pasientforløpet. Det finnes ikke noen objektiv sosial virkelighet, men ulike forståelser og opplevelse av det.

For å undersøke fenomenet, identifikasjonsprosessen, ble case studie design vurdert som best egnet. Denne metoden er verdifull for helsevitenskapelig forskning som har til

hensikt å utvikle teori, evaluere program og utvikle intervensjoner, fordi metoden er fleksibel (Baxter, Jack, 2008).

En casestudie setter fokus på en eller få undersøkelsesenheter og understreker betydningen av det enkelte tilfellet. Undersøkelsesenheten kan for eksempel være individer, grupper, organisasjoner, kommuner eller land (Yin, 2014).

Yin (2014) definerer case studie som følger:

*1. A case study is an empirical inquiry that – investigates a contemporary phenomenon (the case) in depth and within its real-world context, especially when – the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident (Yin, 2014, s.16) og videre*

*2. A case study inquiry- copes with the technically distinctive situation in which there will be many more variables of interest than data points, and as one result – relies on multiple sources of evidence, with data needing to converge in a triangulating fashion, and as other result – benefits from prior development of theoretical propositions to guide data collection and analysis (Yin, 2014, s. 17).*

I følge Yin bør man vurdere en case studie design når: fokuset i studien er å svare på ”hvordan” og ”hvorfor” spørsmål, når man ikke kan manipulere atferden til de som deltar i studien, når du ønsker å dekke kontekstuelle forhold fordi du tror de er relevante for fenomenet som skal studeres eller når grensen mellom fenomenet og konteksten ikke er klar (Baxter, Jack, 2008). Felles for alle casestudier er at studieobjektet er avgrenset i tid og rom. Det som studeres, studeres ut i fra den konteksten der fenomenet utvikler seg (Yin, 2014).

For å studere en identifikasjonsprosess er konteksten viktig. Alle pasientforløp er forskjellige og påvirkes av mennesker og situasjoner rundt dem. Hvorfor pasienten kom på sykehus, hvem som snakket med pasienten og hvorfor, er av betydning for å få en forståelse for hvert pasientforløp og hver relasjon mellom helsepersonell og pasient.

Yin (2014) arbeider med to dimensjoner i designen av case studier. Den ene gjelder spørsmål om hvorvidt man arbeider med en enkelt case eller flere case og den andre dimensjonen vedrørende spørsmålet om hvorvidt man anvender en eller flere analyseenheter. Forskeren velger om casene er unike eller typiske eller om de representerer ulike geografiske områden (Yin, 2014).



Studien min var en fler casestudie med flere analyseenheter. Jeg studerte fem forskjellige case, det vil si fem forskjellige pasientforløp. Analyseenheterne var relasjonene mellom de forskjellige helsepersonell og pasienten i pasientforløpet. Jeg valgte fem case fra fem forskjellige avdelinger med spredning i alder og kjønn. Dette for å sikre variasjon og bidra til å etablere et rikt empirisk materiale og dermed styrke troverdigheten i studien.

Forskeren bruker ulike datasamlingsmetoder for å gå i dybden på fenomenet. Nøkkelen for å styrke metoden er å involvere flere verktøy for å samle bevis. Det kan være intervju, spørreskjema, observasjon, dokument analyse eller fysiske gjenstander (Yin, 2014).

Jeg valgte individuell dybde intervju av helsepersonell, som redskap for å samle inn data. En mer inngående beskrivelse av metoderedskap og intervjuene vil bli tatt opp i neste avsnitt. For å gå i dybden på fenomenet ville det ha vært ønskelig å bruke flere verktøy. I min studie ville et nyttig verktøy, i tillegg til intervju, ha vært å analysere pasient journaler og dokumentasjon fra helsepersonell. Yin (2014) anbefaler at man bruker flere data kilder i case studie. Dette kunne ha bidratt til en dypere innsikt av identifikasjonsprosessen. Studien hadde blitt mer tidskrevende og ut fra de rammene og tidsaspektet en masteroppgave har, var det ikke mulighet for dette.

### **3.4. Forskningsstrategi**

Casestudier vil være mer eller mindre eksplorative og ofte vet ikke forskeren hva han/hun vil komme til å finne underveis i forskningen. Han/hun kan komme til å ”snuble” over temaer eller problemstillinger som viser seg å ha betydning, men som ikke er tematisert i prosjektbeskrivelsen (Yin, 2014).

Studien min baserte seg på å beskrive en identifikasjonsprosess, noe som gav en inngang til å eksplorere, altså hadde den en induktiv tilnærming.

Man kan diskutere hvilken strategi som er best for å samle inn data for å studere virkeligheten (Jacobsen, 2008). Den induktive strategien er at forskeren skal møte virkeligheten med et åpent sinn, fritt fra antagelser og forventninger, og samle inn relevant empiri som deretter systematiseres og danner grunnlag for empiri. Målet er at ingenting skal begrense informasjonstilfanget. En induktiv strategi er altså ”fra empiri til teori” i motsetning til den deduktive ”fra teori til empiri” (Thornquist, 2003).

Yin (2014) anbefaler at man i en case studie alternerer mellom induktiv og deduktiv strategi underveis i case studie.

Jeg valgte en induktiv strategi, men studien hadde også en deduktiv side ettersom tidligere forskning om hvordan sykehus og primærhelsetjenesten rundt omkring i verden jobber med å identifisere pasienter med alkoholproblemer, lå som en bred ramme rundt studien. Studien hadde altså også en induktiv tilnærming siden jeg ikke utgikk fra en teori om hva jeg ville finne hos helsepersonell i intervjuene. Jeg utformet forløpige tema for intervjuguiden som jeg justerte underveis.

For å undersøke identifikasjonsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk i sykehus, innhentet jeg informasjon fra helsepersonell som hadde vært en del av pasientbehandlingen og dermed en del av identifiseringen. Informasjonen ble hentet fra en case, et pasientforløp, om gangen.

Studien ble gjort retrospektivt.

Når pasienten kommer inn på sykehus og blir identifisert til å ha alkoholproblem, blir han/hun henvist til en ruskonsulent. Før ruskonsulenten kommer og snakker med pasienten har altså noen av helsepersonelle involvert i pasientforløpet, identifisert et mulig alkoholproblem og henvist pasienten til ruskonsulent. Jeg begynte mine intervjuer med ruskonsulenten, etter at hun hadde snakket med pasienten. I intervjuet med ruskonsulent ble den sykehusansatte som hadde henvist pasienten navngitt. Jeg gikk så til den som hadde henvist og intervjuet den. I samtalen med den sykehusansatte som henviste pasienten spurte jeg om hvorfor pasienten ble henvist og fikk dermed mer informasjon om andre sykehusansatte som var involvert. På den måten klarte jeg og ”nøste” meg bakover i identifikasjonsprosessen, til jeg traff på den sykehusansatt som hadde gjort den første observasjonen.

Jeg vil senere vise mer tydelig hvordan jeg fant frem til informantene i de forskjellige casene.

Analysen er inspirert av Miles og Hubermans (1994) tre trinns modell, datareduksjon, datavisning (display) og konklusjon.

#### **3.4.1. Metoderedskap**

For å få innsikt i de personlige erfaringene og opplevelsene valgte jeg kvalitativ intervju som metoderedskap for innsamling av data.

Fordeler med kvalitativ intervju er at man får informasjon om informantene sine egne erfaringer og man kan gi intervjuobjektet mulighet til å utdype sine meninger. Det gir også mulighet for oppfølgingsspørsmål hvis det skulle være behov for det (Kvale, Brinkmann, 2012).

Etter min vurdering var det riktig å velge et åpent og utforskende design for å belyse problemstillingen. Jeg ville da få frem helsepersonellens egne ordvalg og beskrivelser. Det finnes flere typer intervjuformer og det er viktig å vurdere hva som er hensiktsmessig ut fra forskningsspørsmålene.

Ut fra min problemstilling vurderte jeg fokusgruppeintervju som mindre hensiktsmessig. Jeg vil kunne gå glipp av viktig informasjon knyttet til den enkelte helsepersonells opplevelse i gruppesammenheng. Opplevelsene ville blitt mer generelle og ikke knyttet til det ene spesielle casen jeg ønsket å undersøke. Det kunne ha vært vanskelig for helsepersonell å svare konkret på det jeg undersøkte når de ikke hadde en spesiell pasient å forholde seg til. Alle pasientforløp er forskjellige og avhenger av situasjonen rundt.

Observasjon som metoderedskap vurderte jeg som lite hensiktsmessig ut fra problemstillingens hensikt og formål, da det ville vært umulig å vite på forhånd hvilket pasientforløp som skulle observeres.

Ut fra disse vurderingene, og for å sikre meg den kunnskapen jeg trengte for å besvare problemstillingen, valgte jeg å benytte meg av individuelle, halvstrukturerte dybdeintervjuer av helsepersonell. Et halvstrukturert intervju er en delvis styrt samtale, samtidig som det har karakter av dybdeintervju (Kvale, Brinkmann, 2012). Jeg ville da oppnå en balanse mellom det åpne og det strukturerte intervjuet og jeg ville sikre meg erfaringer og opplevelser som var knyttet til hvert enkelt pasientforløp og i rett kontekst. På den måten ville jeg finne det unike i hver case og helsepersonells egne ordvalg og beskrivelser. Det ble benyttet en intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuguiden ble justert underveis i intervjuene for å få data som best kunne svare på forskningsspørsmålene.

Yin skriver, at intervjuer i en casestudie ofte er korte og at det er viktig å bruke flere kilder og personer for å gå i dybden på fenomenet (Yin, 2014). For å sikre meg data som ville svare på det jeg undersøkte, det vil si identifikasjonsprosessen, var det viktig at spørsmålene var konkrete og åpne og knyttet til akkurat den pasienten i akkurat den

konteksten. Hvis ikke ville det ha vært en fare for å få mer generelle betraktninger om identifikasjonsprosessen. Flere personer som var involvert i identifikasjonsprosessen ble intervjuet, for og dermed få en oversikt over hele casen.

En svakhet med metoden er at den er resurskrevende. Intervjuer er tidskrevende og utvelgelse av antall informanter må foretas på bakgrunn av tilgjengelige ressurser. Datasamlingen kan bli kompleks og nyansert noe som gjør at det kan bli vanskelig å analysere. En annen svakhet ved kvalitative metoder er at evnen til kritisk refleksjon kan svekkes på grunn av nærhet mellom forsker og informant (Kvale, Brinkmann, 2012). Jeg var derfor under hele studien bevisst på min rolle som forsker.

### **3.5. Utvalg**

Den kvalitative forskningstradisjonen representerer ulike strategier for innsamling av data, som hver for seg gir ulike veier til kunnskap. Som forsker er det viktig å ta stilling til hvilken strategi som gir mest relevant data (Malterud, 2003).

De forskjellige casene ble valgt ut fra følgende inklusjonskriterier:

- Pasientens alkoholproblem var ikke kjent for helsepersonell.
- Pasienten hadde snakket med ruskonsulent.

For å unngå å ekskludere for mange ble det ikke satt ekskluderingskriterier i form av alder, kjønn eller årsak til innleggelse. Det var ruskonsulenten som bisto meg med å velge case. Dette var nødvendig da jeg ikke hadde tilgang til DIPS<sup>3</sup> og derfor ikke tilgang til personlige opplysninger om pasienten.

Inklusjonskriteriene for helsepersonellet som ble intervjuet var:

- Helsepersonell som var en del av identifikasjonsforløpet til den aktuelle pasienten.
- Helsepersonell måtte huske pasienten igjen
- Helsepersonell som takket ja til å delta i studien.

I og med at jeg ikke hadde navn<sup>4</sup>, kun ca alder, kjønn og diagnose på pasienten var det viktig at informanten ble kontaktet raskt etter at de hadde vært involvert i behandlingen til pasienten. Tidsaspektet var også viktig med tanke på det å huske hvem andre som var

---

<sup>3</sup> Elektronisk pasient journal som brukes ved Stavanger Universitetssjukehus.

<sup>4</sup> På grunn av ruskonsulentens taushetsplikt.

involverte og huske detaljer av hvordan identifikasjonsforløpet gikk til. Om noen av informantene takket nei til intervju kunne ikke casen brukes siden prosessen da var brutt.

Den opprinnelige planen var å undersøke tre case. Etter undersøkelse av tre case, begynte det å danne seg mønster i svarene fra helsepersonell. Det var mønster i form av hvordan identifiseringen skjedde, hvordan alkohol ble tatt opp som tema og hvordan avgjørelsen om å sende henvisningen ble tatt og jeg tolket det som om det var en metning. Jeg hadde likevel behov for mer informasjon fra helsepersonell for å få et rikt datamateriale. I tillegg var det ønskelig med spredning i alder og kjønn hos pasientene, da de tre første casene var to eldre damer og en eldre mann, +/- 65 år. Jeg ønsket å inkludere pasienter som var yngre, under 40 år, for å få variasjon i casene. Etter fire case hadde jeg tre damer og to men. Mennene var begge over 60 år og jeg ønsket derfor en yngre mann. Den siste casen, pasienten, ble derfor valgt ut etter alder og kjønn. Jeg undersøkte til sammen fem case.

Til sammen ble det utført 12 intervjuer slik at minst to personer er intervjuet fra hver av de fem casene. Intervjuene ble gjennomført i løpet av desember 2013 og januar 2014. Intervjuene tok rundt 15 min. Det ble intervjuet sykepleiere, leger og turnusleger. Det var både mannlige og kvinnelige ansatte fra medisinsk og kirurgisk avdeling.

En svakhet med et utvalg på kun fem caser, er at informasjonen blir begrenset. Samtidig er metoden tidskrevende og resurskrevende og jeg mente at fem caser var passende innen tiden jeg hadde til rådighet. Casene ble grundig undersøkt i og med at alle sykehusansatte som var involvert i identifikasjonsprosessen ble intervjuet og tidsaspektet fra de hadde vært involvert i pasientbehandlingen til de ble kontaktet av meg var kort. Det sikret at minst mulig informasjon gikk tapt. I tillegg hadde pasientene i casen en spredning i alder og kjønn. Tre kvinner og tre menn, i alder 39 til 74 år. Alle caser var fra forskjellige avdelinger på sykehuset og både medisinsk, nevrologisk og kirurgisk avdeling var representert. Dette gav en bredde i datamaterialet.

### **3.6. Tilgang til feltet**

Før intervjuene kunne starte ble det søkt om godkjenning fra personvernombudet og forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus. Etter det ble avdelingssykepleierne ved de forskjellige avdelingene kontaktet og de fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien.

Ruskonsulentene bisto meg å finne case. Casene ble plukket ut etter inklusjonskriteriene: at alkoholproblemet ikke var kjent for helsevesenet og at pasienten hadde snakket med ruskonsulent. Intervjuene begynte med ruskonsulent og underveis i intervjuet fikk jeg navnene på helsepersonellet som hadde henvist pasientene. Jeg tok selv kontakt med disse, via telefon eller ved å oppsøke dem personlig. For hvert intervju ”nøstet” jeg meg bakover i identifikasjonsprosessen og kontaktet neste ansatte i rekken, til jeg tilslutt hadde kommet frem til den personen som hadde gjort den første observasjonen. På den måten fikk jeg kontakt med alle personer som hadde vært med i identifikasjonsprosessen for de casene jeg undersøkte.

For å gjøre det lettere for leseren og forstå hvordan informantene ble funnet vil jeg nå beskrive denne prosessen. Jeg var under hele intervju perioden bevisst på tidsaspektet og jeg strakk meg langt for å være tilgjengelig og fleksibel. Flere av intervjuene ble gjort i helger og sein kveld/natt. Jeg mener at jeg på den måten har gjort det jeg kan for å sikre meg mest mulig riktige data.

Jeg startet alle casene med intervju av ruskonsulent. Intervjuene med ruskonsulent ble gjort på hennes kontor. Intervjuene ble gjort uten diktafon på grunn av at ruskonsulenten måtte være tilgjengelig per telefon og det var en del avbrytelser. Jeg tok notat underveis i intervjuene og skrev ned intervjuene i sin helhet samme dag for å unngå tap av informasjon.

Under intervjuene fikk jeg navn på henviser. Mens det i case 1, 2 og 5 var en sykepleier som hadde henvist, var det i de to andre casene en turnuslege som var henviser. Hvordan jeg kom i kontakt med henviser varierte fra case til case. I case 2 og 5 kontaktet jeg henviser per telefon. Jeg hadde fått informasjon av avdelingssykepleiere at de var på jobb. Jeg prøvde her å unngå å belaste sykepleierne i en travel hverdag og la derfor telefonsamtalen til et tidspunkt på dagen da jeg visste at det var mer passende. Begge sykepleierne takket ja til intervju og jeg oppsøkte begge i deres arbeidstid. Den ene i slutten av en dagvakt og den andre i begynnelsen av en nattevakt.

I de andre tre casene oppsøkte jeg de som hadde henvist pasienten personlig. Jeg fant de mens de var på vakt på sykehuset. Turnuslegene var litt vanskeligere å få tak i, og jeg måtte gå litt frem og tilbake for å finne dem. Noen var på kveldsvakt og noen på nattevakt. Her var det en stor fordel at jeg var kjent med rutiner og vaktordninger på sykehuset. Dette underlettet arbeidet med å finne rett person så raskt som mulig. I alle

fem intervjuene med henviser, ble det brukt diktafon. Det ble gjort notater underveis i intervjuene og intervjuene ble skrevet ned i sin helhet et par timer etterpå.

I de fire første casene var det samme person som hadde henvist som også hadde gjort den første observasjonen. I den siste casen var det en lege som hadde gjort den første observasjonen. Legen hadde så delegert oppgaven med å henvise til en sykepleier. Dette kom frem i intervjuet med henviser og jeg ville derfor snakke med legen som hadde gjort den første observasjonen. Denne legen kontaktet jeg per telefon på et tidspunkt jeg ut fra erfaring mente passet bedre enn andre tidspunkt. Legen takket ja til intervju, men ønsket at intervjuet ble gjort med en gang og over telefon. Dette var jeg forberedt på og hadde intervjuguiden, penn og papir klart. Det ble ikke brukt diktafon. Jeg tok opp notater underveis i intervjuet og skrev ned intervjuet i sin helhet umiddelbart etter intervjuet var ferdig. Deretter oppsøkte jeg legen for å få underskrift på samtykkeerklæringen.

I alle unntatt en case var det samme helsepersonell som hadde gjort første observasjonen som også hadde snakket med pasienten om alkohol. I case 2 var det ikke det. Der var det en overlege som hadde tatt opp alkohol med pasienten, etter at sykepleieren hadde informert ham om den første observasjonen Denne legen prøvde jeg å komme i kontakt med flere ganger men det viste seg at han var i permisjon. Siden sykepleieren som hadde henvist pasienten var med under hele samtalen mellom legen og pasienten og kunne fortelle hva samtalen inneholdt og hvordan alkohol ble tatt opp, ble det tatt en beslutning om at det ikke trengtes en intervju med legen.

Mens det i alle fem casene kun var små variasjoner i hvordan identifikasjonsprosessen foregikk og hvordan jeg fant frem til informantene var det en ting som skilte seg litt ut i case 1. I case 1 fikk jeg informasjon i intervju med ruskonsulenten om at når hun hadde mottatt henvisningen og kontaktet avdeling for å avtale tidspunkt til samtale med pasienten, fikk beskjed om at pasienten takket nei til samtale. Ruskonsulenten hadde derfor kontaktet en lege som gikk in og snakket med pasienten. Etter samtalen med legen takket pasienten ja til samtale med ruskonsulenten. Uten denne legens involvering, ville pasienten ikke ha snakket med ruskonsulent. Jeg mente derfor det var viktig og intervju denne legen. Jeg kontaktet legen per telefon og vi avtalte intervjutidspunkt. Under intervjuet ble det brukt diktafon. I tillegg tok jeg opp notater. Intervjuet ble skrevet ned i sin helhet samme dag.

### 3.7. Analyse

Styrken ved kvalitative metoder er at de fokuserer på hendelser i deres naturlige omgivelser. Videre blir data innhentet i nær tilknytning til fenomenet og konteksten blir dermed ivaretatt (Miles, Huberman, 1994). Kvalitative metoder er svært egnet for å forstå latente, underliggende detaljer og derfor fremskaffe rik empiri og helhetlig inntrykk (Miles, Huberman, 1994).

Analyseprosessen av datamateriale i denne studien er inspirert av Miles og Huberman (1994) sin tre trinns prosess. Tre trinns prosessen består av datareduksjon, datavisning (display) og konklusjon.

Datareduksjon kan være oppsummering, skisser, utvalg av tekstenheter som er satt opp imot forskningsspørsmålene eller koding og kategorisering.

Datapresentasjon viser hvordan forskeren trekker frem og presenterer noe viktige utdrag fra datamaterialet for å gi en samlet og oversiktelig fremstilling av funnene sine (Miles, Hubermann, 1994).

Med konkludering forstås å gjøre opp status og trekke konklusjoner både ut fra datamaterialet og opp mot teoretisk perspektiv (Miles, Hubermann, 1994).

Inspirert av Miles og Hubermann (1994) startet arbeidet med analysen i denne studien allerede under datainnsamlingen.

Hvert intervju ble lyttet til flere ganger og transkribert i sin helhet. Jeg valgt å utføre transkriberingen selv for å bli godt kjent med datamaterialet tidlig i prosessen.

Intervjuene ble så lest igjennom flere ganger og jeg skrev ned stikkord og notat. På den måten kunne jeg justere på spørsmålene i intervjuguiden underveis, sånn at spørsmålene var mer riktige i forhold til å få svar på studiens forskningsspørsmål, som Miles og Huberman (1994, s.50) sier er viktig: *We strongly recommend early analysis. It helps the field- worker cycle back and forth between thinking about the existing data and generating strategies for collecting new, often better data.*

Når alle intervjuene var transkribert, lest igjennom og notater var skrevet, ble intervjuene så lest igjennom som en case (det enkelte pasientforløp) for å få inntrykk av hele casen. Det ble på ny gjort notater, nå for hver case. På den måten ble jeg godt kjent



med datamaterialet i hver case for seg. Miles og Huberman (1994) anbefaler at man gjør seg godt kjent med datamaterialet for og deretter prøve å redusere data.

Når jeg var godt kjent med datamateriale i hver case, startet jeg prosessen med å redusere data inspirert av Miles og Huberman (1994) datareduksjon.

Jeg startet med å sammenstille svarene fra de ulike respondentene inn mot forskningsspørsmålene. Dette gjorde jeg ved å gi teksten koder. Koding kan defineres som en bevisst datareduksjon, der teksten brytes ned i meningsbærende enheter (Miles, Huberman, 1994, s. 56).

For meg var det viktig å ha fokus på studiens problemstilling og for å få en oversikt over all data var det nødvendig å konsentrere meg om data som kunne gi svar på forskningsspørsmålene. Datamaterialet ble derfor delt opp slik at de gjenspeilet de ulike delene av identifikasjonsprosessen. Intervjueguiden hadde samme oppbygning. De ulike delene er **Første mistanke, Samtalen, Henvisning og Ruskonsulenten**. I denne prosessen ble det som var ”helt uvesentlig” i forhold til forskningsspørsmålene utelatt. Likevel var jeg påpasselig med at reduksjonen i datamengden ikke skulle gå på bekostning av helheten, meningen og essensen i det respondentene hadde fortalt. Det var også viktig å ha fokus på at casen skulle ses på som en helhet og ikke som deler. En fare forbundet med analysefasen er at hver datakilde ville bli behandlet uavhengig av hverandre og resultatene rapporteres separat. Dette er ikke meningen i en case studie. Det er et poeng å få en forståelse av hele casen, ikke bare deler av den (Baxter, Jack, 2008)

Meningsbærende utsagn fra intervjuene i hver case ble plukket ut og til slutt satt jeg igjen med en forkortet versjon av hver case. Jeg hadde hele tiden fokus på forskningsspørsmålene og dermed fokus på at jeg ville se på en identifikasjonsprosess.

Den forkortede versjonen av hver case ble så lest igjennom flere ganger og nye koder ble lagt til. For å få en bedre oversikt over dataene laget jeg en matrise som inneholdt meningsbærende enheter, koder, kommentarer og kategorier. Jeg hadde en matrise for hver case. Veileder var aktivt med i denne delen av prosessen.

Når hver case var forkortet og koder og kategorier var laget, ble det videre foretatt en ”cross case analyse” (Miles, Huberman, 1994, s. 174) hvor jeg samlet informasjon fra hver case inn i en felles matrise. Jeg prøvde å finne frem til ulike og like svar slik at jeg

kunne undersøke det Miles og Huberman kaller kontraster og sammenligninger. I denne delen av prosessen fant jeg flere fellestrekk mellom casene. Disse fellestrekkene, men også variasjonene ble så plassert i kategorier. Her brukte jeg farge koder for å skille ut hvilke koder som hørte under hvilke kategorier (vedlegg 2). Når kategoriene var funnet på tvers av casene var det mulig for meg å presentere mine funn som en helhet og der med unngå å presentere funnene case for case.

### Eksempel på analyseprosessen:

HENVISNINGEN		
Sitat	Koder	Kategorier
<i>"Jeg spurte sjefen min om jeg bare kunne, om jeg måtte ta det opp med pasienten først"</i>	Spurte sjefen	
<i>"Jeg tenkte raskt selv at det var det som måtte til men snakket jo med en annen lege også"</i>	Snakket med en annen lege	Konsultasjon med kollega (case 1, 2,3,4,5)
<i>"Vi diskuterte det før vi gikk inn til pasienten og etter samtalen med pasienten ble han henvist"</i>	Etter samtale	
<i>"Jeg var jo mer sikker når jeg snakket med henne og hadde lest tidligere opplysninger, jobben hennes og tidligere innleggelse og selve situasjonen hun kom in med nå"</i>	Etter samtale, lest tidligere journalnotat	Henvist på bakgrunn av samtale med pasienten, tidligere journal notat, diagnose, medisinske parametre (case 1,2,3,4,5)

Når analysen ut fra forskningsspørsmålene var ferdig gikk jeg tilbake til datamaterialet for å lese igjennom det igjen. Yin (2014) anbefaler at man etter man har funnet mønster og variasjoner i datamaterialet fortsatt er åpen og nysgjerrig på hva annet datamaterialet sier. Jeg ville se om det var ting i datamaterialet som ikke kunne plasseres under forskningsspørsmålene, men som likevel var av interesse og nytte for min studies problemstilling. Noe som også kjennetegner en eksplorativ studie (Yin, 2014).

Jeg leste intervjuene på ny for å se om noe "poppet opp". Jeg fulgte analyseprosessen som tidligere beskrevet. Jeg laget nye koder, nye visuelle fremstillinger og etter flere

gjennomlesninger var det to tema som ”poppet opp” og som jeg mente var viktig å belyse i denne studien. De to temaene er Roller og Språk (vedlegg 2). Disse to temaene kan til en viss grad gå under benevnningen, latente, underliggende detaljer. Temaene ble også diskutert med veileder for å forsikre meg om at det var relevante funn for min problemstilling.

### **3.8. Studiens troverdighet**

All forskning bør sikte mot å oppnå god gyldighet og pålitelighet i forhold til forskningsfeltet. Innen kvantitativ forskning brukes begrepene validitet og reliabilitet (Thagaard, 2009). Meningsinnholdet i disse begrepene kan ikke direkte overføres til kvalitativ forskning. Begrepene tar utgangspunkt i at andre forskere skal kunne reprodusere samme data ved å gjennomføre samme studie. Det tas altså ikke hensyn til at dataene skapes i samspill mellom den enkelte forsker og informant (Thagaard, 2009).

Begrepet troverdighet (trustworthiness) brukes av Graneheim og Lundman (2004).

Begrepet troverdighet har tre underpunkter: gyldighet (credibility), pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability).

I følge Graneheim og Lundman (2004) rommer begrepet gyldighet, forskningens fokus og hvordan datainnsamlingen og analyseprosessen har ivaretatt fokuset. Vurderingen av gyldighet starter ved vurderingen av studiens mål, hensikt og informanter. I tillegg til dette vil en god gjennomføring av studien og en logisk og meningsfull utvelgelse og kondensering av meningsenheter, kategorier og tema, styrke studiens troverdighet (Graneheim, Lundman, 2004). Begrepet pålitelighet viser til hvor stabile dataene er i forhold til tid, og med overførbarhet vises mulighet for at dataene kan overføres til andre situasjoner. Forskeren kan gi sine vurderinger om studiens overførbarhet, men det er til sist leserne som avgjør om resultatene kan overføres til andre kontekst (Graneheim, Lundman, 2004). I følge Yin (2014) vil funn fra casestudier sjelden umiddelbart bli akseptert som generaliserbare uten videre spørsmål og mer forskning.

I denne studien er troverdighet forsøkt oppnådd gjennom tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier og samtidig variasjon i form av alder og kjønn blant casene. Undersøkelsen ble også gjort på fem forskjellige avdelinger som gir en bredde. Gyldigheten er forsøkt oppnådd gjennom fremgangsmåte og utvelgelse av meningsbærende enheter og kategorier i analyseprosessen. Dataene og analyse er diskutert med veileder og med medstudenter på oppgaveseminar.

Ved å være tilgjengelig og fleksibel har tiden mellom når helsepersonell hadde vært i kontakt med pasienten og min kontakt med helsepersonell vært kortest praktisk mulig. Dermed har jeg minimert risikoen for tap informasjon og dermed å styrke gyldigheten i studien.

Hele forskningsprosessen med metode og valg er forsøkt beskrevet for å skape en transparens. Dette har jeg gjort for å tydeliggjøre tolkninger og konklusjoner som Thagaard (2009) påpeker er viktig for at kvalitativ forskning skal ha troverdighet.

Jeg har jobbet i sykehus i flere år og mener at casene i denne studien er typiske for denne pasientgruppen. Stavanger Universitetssjukehus er et stort sykehus med mange forskjellige avdelinger og flere tusen ansatte. Det har vært et fokus på alkohol de siste årene og sykehuset har også, som et av få sykehus i Norge, ansatt ruskonsulenter. Hvordan helsepersonell identifiserer og snakker med pasienter om alkoholvaner, kan derfor påvirkes av tilbudet, men jeg mener likevel at måten identifikasjonen skjer på her, har en viss overføringsverdi til andre sykehus. Vurderinger om studiens samlede troverdighet og overførbarhet vil bli diskutert igjen i drøftingen.

### **3.9. Forskningsetiske vurderinger**

§ 1 i Helseforskningsloven (2008) viser til lovens formål: ”å fremme god etisk og forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning”. Ifølge Helsinkideklarasjonen går ivaretagelse av enkelt individer over alle andre interesser i forskningen (Forskningsetisk bibliotek, 2009).

For å få tilgang til ansatte ved sykehuset var det nødvendig å søke om godkjenning av Datatilsynet og det ble derfor innhentet godkjenning av Personvernombudet og Forskningsavdelingen og ved Stavanger Universitetssjukehus (vedlegg 3 og 4). Når godkjenning fra Personvernombud forelå, ble alle aktuelle avdelinger ved sykehuset, ved avdelingssykepleier, kontaktet og fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien (vedlegg 5 og 6).

Før intervjustart ble, i henhold til Helseforskningsloven (2008) § 13, informert samtykke underskrevet etter at informantene hadde mottatt muntlig informasjon og skriftlig informasjonsskriv (vedlegg 7 og 8). I det skriftlige informasjonsskrivet ble det informert om rettigheter, med vekt på frivillig deltakelse og mulighet til når som helst å trekke seg fra studien, uten å oppgi en grunn og uten konsekvenser.

Forskarens taushetsplikt ble tydeliggjort og det ble gitt informasjon om at datamaterialet ble oppbevart i låst skap i KORFOR (Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest), sine lokaler samt på sikkert dataområde der kun veileder hadde tilgang. Det ble også gitt informasjon om at all data blir slettet etter studiens slutt (Helseforskningsloven §7, 2008).

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg som forsker tatt stilling til ulike etiske dilemmaer og potensielle risikofaktorer og belastninger for informantene (Kvale, Brinkmann, 2012), (Helseforskningsloven § 22, 2008). Studiens nytteverdi for informantene, samfunnet og pasientene ble ved utvalg av tema vurdert. Ivaretagelse av informantenes integritet har stått sentralt gjennom hele forskningsprosessen. Å ta hensyn til integriteten til informantene har vært aktuelt både i fremstillingen av resultat og i analysen. Identifiserbare data og informasjon ble utelatt fra transkriberingen. Dette for å sikre konfidensialitet. Materiale som inneholdt identifiserbare data ble oppbevart nedlåst i skap i KORFOR sine lokaler. Lydfiler ble slettet umiddelbart etter transkriberingen. Jeg har også prøvd å kontakte informanter på et tidspunkt som ikke var alt for forstyrrende og jeg har latt informantene selv velge intervju tidspunkt for å minimere forstyrrelser i arbeidstid og fritid.

## **4. Resultat**

I 2013 var det 555 pasienter som ble henvist til ruskonsulent ved Stavanger Universitetssjukehus. 62 % av disse hadde ikke vært i kontakt med rus - eller psykiatritjenesten tidligere. 44 % av henvisningene hadde indirekte rusrelaterte diagnoser som f. eks mage - og tarmproblemer, brystmerter, fall, commotio, infeksjon, dårlig allmenntilstand og brudd. Sykehuspersonalet henviste langt flere pasienter med indirekte rusrelaterte diagnoser i 2013 enn tidligere år (Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest [KORFOR], 2014).

Data avhenger fra den konteksten det utgår fra (Yin, 2014). Dette kapittelet inneholder derfor en presentasjon av casene og hvordan helsepersonell handlet. Det er et forsøk på å gi leseren et bredere bilde av casene som bakgrunn for forståelse av etterfølgende funn og tolkninger.

### **4.1. Beskrivelse av case og hvordan helsepersonell handlet**

#### **Case 1**

En kvinne som var 73 år gammel. Hun var pensjonist og hadde hatt en fysisk tung jobb. Hun var samboer og hadde voksne barn.

Kvinnen ble innlagt på sykehuset via akuttmottaket med en nokså alvorlig medisinsk tilstand. Hun hadde vært innlagt på sykehus flere ganger tidligere med diagnoser som anemi (blodmangel), magesår og pankreatitt (betennelse i bukspyttkjertel). Det var ikke kjent alkoholoverforbruk og alkohol hadde ikke vært et tema under tidligere innleggelser.

I akuttmottaket forteller kvinnen til legen at hun har kroniske smerter og at hun nå har brukt alkohol som smertelindring. Legen noterer dette på inntakstjournalen.

Pasienten blir overført til medisinsk avdeling for behandling. Sykepleieren som kommer på dagvakt får rapport fra nattevakten og reagerer på at pasienten forteller at hun har brukt alkohol som smertelindring. Sykepleieren leser derfor inntakstjournalen og tidligere epikriser. Hun ser at pasienten har vært innlagt flere ganger og med diagnoser som kan kobles til økt alkoholforbruk.

Sykepleieren tar derfor opp alkohol i samtale med pasienten. Pasienten benekter overforbruk av alkohol. Etter samtalen henviser hun pasienten til ruskonsulent.

Pasienten blir flyttet til en annen medisinsk avdeling for videre behandling. Der takker hun nei til samtale med ruskonsulent. En lege snakker derfor med pasienten og etter samtalen godtar pasienten å snakke med ruskonsulent.

Ruskonsulenten finner et overforbruk av alkohol hos pasienten. Overforbruket har pågått over flere år.

### **Case 2**

En kvinne som var 70 år gammel. Hun var pensjonist og hadde hatt en god jobb. Hun tilhørte en høyere sosial gruppe. Hun var gift og hadde voksne barn.

Kvinnen ble innlagt på nevrologisk avdeling som en planlagt innleggelse. Hun hadde en grunnsykdom som gjorde at hun trengte hyppig oppfølging og kontroller ved avdelingen. Derfor var hun også kjent for noen av helsepersonellet som jobbet ved avdelingen.

Det er ikke kjent at pasienten har alkoholproblemer og tema hadde ikke blitt tatt opp under tidligere innleggelser.

Pårørende tar kontakt med sykepleier på den avdeling kvinnen var innlagt på. De forteller at de er bekymret for kvinnens alkoholvaner og at de mener hun har et problem med alkohol.

Sykepleieren forteller legen hva pårørende hadde sagt på previsitten. Legen som er med på previsitten går igjennom tidligere journal notat og blodprøvesvar. Han finner forhøyet leverprøver og kronisk diaré som kan indikere alkoholoverforbruk.

På legevisitten tar han opp tema alkohol med pasienten. Pasienten benekter overforbruk av alkohol. Etter samtale med pasienten blir det bestemt at pasienten skal henvises til ruskonsulent. Ansvarlig sykepleier henviser pasienten til ruskonsulent.

Ruskonsulenten finner et alvorlig overforbruk/misbruk av alkohol og pasienten forteller også hvorfor hun drikker så mye.

### **Case 3**

En mann som var 67 år gammel. Han var pensjonist og hadde tidligere jobbet som sjømann. Han var skilt og hadde voksne barn.

Han var nok så frisk fra tidligere og hadde lite innleggelser på sykehus. Det var ikke kjent at pasienten hadde alkoholoverforbruk.

Mannen ble innlagt på sykehus via akuttmottaket med akutte magesmerter. Etter kort tid i akuttmottaket blir han overført til kirurgisk avdeling. På avdelingen får han diagnosen pankreatitt (betennelse i bukspyttkjertel).

Under previsitten diskuterer assistentlege og turnuslege om diagnosen pankreatitt kan skyldes alkoholoverforbruk. Turnuslegen går igjennom tidligere journal notat og blodprøvesvar. Han ser at pasienten hadde en forhøyet etanolspeil ved innkomst.

Under legevisitten blir derfor pasienten spurt om sine alkoholvaner. Han benekter overforbruk av alkohol. Etter samtalen blir pasienten henvist til ruskonsulent. Det er turnuslegen som sender henvisningen.

Ruskonsulenten finner et overforbruk av alkohol og får også vite hvorfor pasienten drikker for mye.

#### **Case 4**

En kvinne som var 41 år. Hun var i full jobb. Hun var skilt og hadde små barn.

Kvinnen var tidligere frisk og hadde få innleggelser i sykehus. Det er ikke kjent at hun har et overforbruk av alkohol.

Kvinnen ble innlagt på sykehus via akuttmottaket. Hun har selv oppsøkt lege og ønsker innleggelse på grunn av sitt alkoholforbruk.

Legen som tar mot kvinnen i mottak leser henvisningen fra innleggende lege. I henvisningen ser hun at pasienten har fortalt at hun den siste tiden har brukt mye alkohol og at hun nå ønsker hjelp.

Legen går inn til pasienten og det blir en naturlig samtale om alkohol. Kvinnen er åpen om at hun har alkoholproblem og ønsker selv hjelp. Hun forteller hvor mye hun drikker og hvor ofte og hvorfor.

Legen finner forhøyet etanolspeil men ellers ikke noe unormalt på blodprøver eller klinisk undersøkelse. Hun sender en henvisning til ruskonsulent før pasienten blir overflyttet til medisinsk avdeling.



Ruskonsulentent finner et overforbruk av alkohol som også var kommet frem i akuttmottak. Hun får også tileggsinformasjon som var nyttig i videre behandling.

#### **Case 5**

En mann som var 37 år. Han var i full jobb. Ugift og ingen barn. Han var tidligere frisk.

Mannen hadde hatt en tidligere innleggelse på sykehuset kort tid tilbake der han hadde fått påvist forhøyet etanol. Han var ikke blitt henvist ruskonsulent den gangen. Det var ikke kjent at han hadde alkoholoverforbruk.

Mannen ble innlagt på sykehus via akuttmottaket med commotio (hjernerystelse). Han ble henvist som medisinsk pasient og ble derfor først tatt mot av medisiner. Under samtale med medisiner sier han at han hadde drukket tett den siste tiden. Etter undersøkelse ble han overført til kirurgen i mottak. Kirurgen får muntlig informasjon om funn av medisineren, og også informasjon om hva pasienten hadde sagt om alkoholbruk.

Kirurgen, som kjente pasienten fra den tidligere innleggelsen, snakket med pasienten om alkohol. Pasienten benekter da at han har drukket mye i det siste.

Kirurgen bestemmer at pasienten skal henvises til ruskonsulent og skriver dette på ”videre behandling” på innkomstjournalen.

Pasienten blir overført til kirurgisk avdeling for videre behandling.

Sykepleier på avdelingen ser at pasienten skal henvises til ruskonsulent og sender henvisningen uten å snakke med pasienten.

Ruskonsulentent finner et overforbruk av alkohol, pasienten ønsker hjelp.

Ruskonsulentent får også informasjon av pasienten om hvorfor han bruker for mye alkohol.

#### **4.2. Faser i identifikasjonsprosessen**

Jeg vil her gi en presentasjon av resultatene. Resultatene vil bli presentert i de ulike fasene i identifikasjonsprosessen. Fasene er valgt ut fra forskningsspørsmålene og er: Første observasjon, refleksjon, tilbake til pasienten – samtalen, grunnlag for henvisning og ruskonsulentent. Jeg vil i tillegg presentere andre resultat som er relevante og disse vil bli presentert under tema roller og språk.

#### 4.2.1.Første observasjon

Hva som gjør at helsepersonell får en bekymring om at det kan være alkoholmisbruk hos sykehuspasienten de behandler og pleier, varierer ut fra hvem pasienten er og hvorfor han kommer inn på sykehus. Den første observasjonen var en blandning av en følelse av noe, noe pasienten sa, pasienten sin diagnose, pasienten sin tidligere sykehistorie og medisinske parametre og hvordan pasienten uttrykker seg i samtale om alkohol.

I en av casene er det pasienten sin innkomst diagnose som ble den første observasjon på mulig alkoholmisbruk. Pasienten hadde en diagnose som ofte er forårsaket av forhøyet alkoholbruk. På spørsmålet om hva som gjorde at helsepersonell tenkte at det var forhøyet alkoholbruk hos denne pasienten svarte legen:

*”På grunn av grunntilstanden, altså på grunn av pankreatitt”*

I tre av de andre casene ble den første tanken utløst av noe pasienten hadde sagt. Pasienten hadde sagt noe om alkohol til helsepersonell og denne informasjonen gikk videre enten muntlig eller/og skriftlig til den sykehusansatte som fikk ansvar for pasienten, og som dermed undersøkte videre for mulig alkoholmisbruk.

En sykepleier reagerte på at pasienten hadde fortalt til legen i akuttmottaket at hun måtte bruke alkohol som smertelindring. Denne informasjonen sto skriftlig på innkomstjournalen og sykepleieren fikk i tillegg muntlig rapport av nattevakten. Sykepleier sa:

*”Det var hun jeg fikk rapport av, nattevakten som hadde tatt imot pasienten som sa at pasienten sa at hun hadde tatt alkohol, og det er jo ikke helt vanlig”*

I et tilfelle hadde pasienten fortalt til en medisiner i akuttmottaket at han hadde drukket tett den siste tiden. Den informasjonen ble gitt muntlig til kirurgen som overtok behandlingen for pasienten. Kirurgen fortalte at hun derfor var ekstra observant når hun gikk inn til pasienten:

*”Jeg hadde også fått informasjon fra en kollega på medisinsk avdeling at pasienten hadde fortalt henne at han hadde drukket tett den siste tiden”.*

Også innleggelsesskriv gav informasjon om mulig alkoholmisbruk. Legen som tok imot en pasient i mottaket forteller at hun ikke var i tvil om hva problemet var etter hun hadde lest innleggelsesskrivet:

*”Hun kom inn i akuttmottaket og det var veldig tydelig hva som var problemstillingen [ut fra innleggelsesskrivet, forfatters anmerkning]. At det var alkohol og det var derfor hun ble henvist”.*

I en av casene var det pårørende som uttrykte sin bekymring og bringe det videre til sykepleieren som hadde ansvar for pasienten. Sykepleieren fortalte: *”Vi hadde fått opplysninger fra pårørende om at pasienten drakk en del og at hun benektet dette selv. Det var ikke noe hun kom til å si”.*

#### **4.2.2. Refleksjon**

Felles for alle casene var at helsepersonell, etter at de hadde fått den første observasjonen, prøvde å finne mer informasjon som kunne styrke den tanken de allerede hadde. Den informasjonen søkte helsepersonell aktivt etter i pasienten sin journal. De leste tidligere inkomstjournaler, journal notat og epikriser og så på blodprøvesvar. Her fant helsepersonell informasjon om tidligere innleggelser og diagnoser. I tre av de fem casene fant helsepersonell tidligere diagnoser, blodprøvesvar eller symptomer som de koblet til mulig alkoholoverforbruk. Eksempler på diagnoser, blodprøvesvar og symptomer helsepersonell reagerte på var magesår, anemi, commotio, kronisk diaré, kroniske smerter, forhøyet leverprøver, forhøyet etanolspeil.

En av legene fortalte at hun reagerte på at pasienten hadde vært innlagt tidligere med samme diagnose. Hun husket ham fra sist og da hadde hun reagert på selve innleggelsen og at pasienten hadde forhøyet etanolspeil. Pasienten kom inn igjen med samme diagnose og med forhøyet etanolspeil. Legen fortalte:

*”Pasienten hadde vært innlagt tidligere med samme diagnose. Jeg husket ham igjen. Han hadde promille den gangen og det hadde han sist også. Sist var jeg ikke klar over promillen før jeg skrev epikrisen. Men jeg husker godt at det var litt merkelig. Han hadde vært på fest på lørdag og kom inn sent på søndag. Han hadde pårørende med seg og de var begge veldig bekymret. Da jeg skrev epikrisen reagerte jeg på at promillen var rundt 2 så lenge etter festen”.*

En annen lege fortalte at han reagerte på at pasienten virket upåvirket av en høy promille. Legen hadde lest igjennom tidligere journalnotat og blodprøvesvar for å finne noe som kunne styrke hans tanke om mulig alkoholmisbruk hos pasienten. Han oppdaget at pasienten hadde en høy etanolspeil ved innleggelse.

*”Han hadde 2,8 i promille og jeg leste igjennom innkomstjournalen for å se om det var en atferd som var påvirket av etanol og det virket ikke å være det og derfor ble jeg skeptisk. Da tenkte jeg at dette her er jo en som fremstår upåfallende med en så høy promille”*

Flere av helsepersonelle fant også tidligere diagnoser som de hadde kunnskap om at kan være forårsaket av et høyt alkoholbruk.

En sykepleier fortalte:

*”Jeg leste innkomsten og så leste jeg epikrisen. Jeg så at hun hadde tatt gastroskopi tidligere som hadde vist det samme. Hun hadde også hatt diaré` over lengre tid”.*

En annen sykepleier sa:

*”Vi hadde også en previsitt før vi snakket med pasienten og så på blodprøver og litt sånt som tydet på at pasienten hadde drukket en del over lengre tid. Forhøyet leverprøver og diverse”.*

Felles for alle casene var også, at når helsepersonell hadde fått en tanke om mulig alkoholmisbruk og hadde lest igjennom journalen, tok de opp tema alkohol i samtale med pasienten.

#### **4.2.3. Tilbake til pasienten - samtalen**

I alle fem casene fortalte helsepersonell at de etter de hadde snakket med pasienten om alkohol, var de mer sikre på at dette var en pasient med alkoholproblemer. I en av casene fortalte pasienten selv at hun hadde problemer med alkohol og at hun ønsket hjelp. I de øvrige fire casene sa pasientene at de ikke hadde et overforbruk av alkohol. Helsepersonell reagerte likevel på måten pasienten snakket. De fortalte at pasienten bagatelliserte bruken av alkohol og de bekymringene som andre rundt dem hadde, at pasienten ikke klarte å fortelle hvor mye og hvor ofte han/hun drakk, at det ble mye *”frem og tilbake”* og de nevner også at pasienten *”prøver å holde seg oppe”*. Alt dette

styrket bekymringen om mulig alkoholmisbruk hos pasienten. Det kan man lese ut i fra utsagn som dette:

*”Hun sa først at hun bare drakk når hun var på ferie, men hun husket ikke når hun var på ferie sist, hvor lenge hun var der og hvor mye hun drakk. Så sa hun at hun nok hadde et alkoholproblem til vanlig, men så gikk hun tilbake på det. Så sa hun at hun drakk en flaske i helgen, så var det en halv flaske i helgen og så var det at hun drakk kun på ferie. Så det hoppet veldig frem og tilbake.*

*”Han gav helt ulik informasjon om sine drikkevaner til meg. Han mente han ikke hadde drukket så mye. Det ble veldig mye frem og tilbake og det styrket vel egentlig mistanken om at det kunne være et alkoholproblem eller i alle fall at han ikke klarte å håndtere det”*

Også bagatellisering av alkoholens betydning for helsen til pasienten og bagatellisering av andres bekymringer gjorde at helsepersonell reagerte. En lege fortalte: *”(...)og så hvordan han var. Altså hvordan han snakket, hvordan han la frem når man spurte om alkohol så skjønnte man at han var tiltrukket av alkohol.(...) Og så veldig spørrende i forhold til videre alkoholbruk og problemstillinger rundt videre alkoholbruk og litt sånn bagatelliserende i forhold til det.”* Og en sykepleier fortalte at hun *”merket på pasienten at hun ville dysse det ned”*.

Samtalen var i alle fem casene kort og alkohol ble tatt opp på en direkte måte. Alkohol ble knyttet til innleggelsesårsak og medisinske parametre. Samtalene var preget av at pasienten ikke ønsket å snakke om alkohol og i fire av fem case fortalte pasienten at han/hun ikke har alkoholproblemer. Helsepersonell avsluttet samtalen fort når pasienten ikke ønsket å snakke om alkohol. Det kan tyde på at helsepersonell synes samtalen om alkohol er vanskelig, men også at det i samtalen ikke er et poeng å få pasienten til å si at han/hun bruker for mye alkohol, men mer som en del av en datainnsamling. Det virker mer som om samtalen var en videre identifikasjon som gav mer informasjon om den første observasjonen var riktig. Samtalen var ikke en kartlegging av alkoholvaner. En informant sa at: *”Hun sa at hun ikke drakk, at det var kun en gang og da ble det ferdig*

*med det..samtaalen” og en annen informant fortalte: ”Hun var vel egentlig veldig tilbakeholden med den informasjonen og jeg gikk ikke mye inn på det”.*

I fire av de fem casene var det legen som tok opp tema alkohol med pasienten. I en av casene var det en sykepleier som tok opp tema alkohol med pasienten. En lege fortalte hvordan hun kom inn på tema alkohol med pasienten: *”Jeg sa at hennes medisinske tilstand mest sannsynlig hadde relasjon til alkoholbruk og at det mest sannsynlig hadde relasjon til et langvarig alkoholbruk, ikke et akutt alkoholbruk”* og en annen lege fortalte hvordan han kom inn på tema alkohol: *”Han ble spurt direkte om forbruket på grunn av diagnosen i og med at den pekte på at det var det som var den utløsende faktoren”.*

Etter første observasjonen, refleksjonen, leting etter mer informasjon og samtale med pasienten ble pasienten henvist til ruskonsulent.

#### **4.2.4.Grunnlag for henvisning**

Henvisningen til ruskonsulent gjøres via sykehuset sitt elektroniske journalsystem, DIPS. All helsepersonell som har tilgang til DIPS kan skrive og sende henvisningen. Det vil si at sykepleiere, leger, helsefagarbeidere, turnusleger, studenter og assistenter kan henvise pasienter til ruskonsulent.

I fire av de fem casene var det helsepersonellet som gjorde den første observasjonen om mulig alkoholmisbruk hos pasienten, som også henviste pasienten til ruskonsulent. I den ene casen ble det dokumentert skriftlig på innkost journalen av den legen som gjorde den første observasjonen, at pasienten skulle henvises ruskonsulent på post. Legen delegerte selve henvisningen videre til postpersonale og uttrykte at hun gjorde det fordi *”det pleier å være sykepleiere som henviser”* og hun nevner også at det var *”travelte i mottak”* og at *”klokken var 04 på natten”.*

Avgjørelsen om å henvise ble tatt på bakgrunn av den første observasjonen (innkost diagnose, noe pasienten sa, medisinske parametre, en følelse av ”noe”, av leting i tidligere journalnotat (tidligere innleggelser, diagnoser) og etter samtale med pasienten (bagatellisering, mye frem og tilbake, prøve holde seg oppe).

En av informantene sa at *”Jeg var jo mer sikker når jeg snakket med henne og hadde lest tidligere opplysninger, jobben hennes og tidligere innleggelser og selve situasjonen hun kom inn med nå”.* En annen informant fortalte også at det var flere ting samlet som

dannet grunnlag for henvisningen. Hun sa at *”Det var på bakgrunnen av opplysninger fra pårørende og det vi fant ut på legevisitten, det vil si forhøyet leverprøver og sånt og når vi hadde snakket med henne, at vi skulle henvise henne til ruskonsulent”*.

En lege fortalte at det å sende en henvisning ble diskutert på previsitten, men den endelige avgjørelsen ble tatt etter samtale med pasienten.

I alle fem case var henviser, 3 sykepleiere og 2 leger, trygge på at det å henvise pasienten til ruskonsulent var riktig å gjøre. Før henvisningen ble sendt var det likevel, i alle fem casene, en type konsultasjon mellom henviser og en kollega. Konsultasjonen var mellom lege og lege, lege og ruskonsulent, sykepleier og lege, sykepleier og sykepleier og sykepleier og avdelingssykepleier.

Konsultasjonen så ut å være mer av en type kollegial henvendelse for å få en bekreftelse på at de man har tenkt å gjøre høres fornuftig ut, ut fra de observasjonene man har gjort. En av informantene sa at *”Ja, akkurat i dette tilfellet følte jeg meg trygg på det ja [å henvise, forfatters anmerkning]. Jeg snakket også med sykepleieren som hadde ansvar den dagen bare for å ja...jeg vet jo ikke helt hvor mye det er brukt på avdelingen heller. Men alle [sykepleiere og lege, forfatters anmerkning] synes det var en bra ide”* og en lege sa *”Jeg tenkte selv ganske raskt at det var det som måtte til. Men jeg snakket jo med en annen lege også”*. Også ruskonsulenten ble kontaktet i forkant av henvisningen i en av casene. Legen ønsket å drøfte pasienten med ruskonsulent, *”Det var greit å drøfte med ruskonsulent. Om dette var en pasient i målgruppen”*.

Til og med i casen der den som henviste hadde fått i oppgaven å henvise delegert fra lege, henvendte han seg til en kollega. Han sa at: *”Ofte snakker vi jo sammen om vi bør eller ikke bør henvise, men stort sett er det jo en enkel sak fordi det er mer rutine å henvise til ruskonsulent enn å ikke gjøre det. Jeg snakket med den sykepleieren som var på samme gruppe den dagen før jeg henviste”*.

Etter avgjørelsen om å sende henvisningen var tatt ble henvisningen til ruskonsulent sent enten som ”gul lapp” i DIPS eller som en skriftlig henvisning via DIPS. Stafettpinnen ble sendt vider til ruskonsulenten.

#### 4.2.5. Ruskonsulenten

Ruskonsulenten mottok henvisningen elektronisk og startet arbeidet sitt med å lese henvisningen. Henvisningen kan komme som en ”gul lapp” eller som skriftlig henvisning. I fire av de fem casene kom henvisningen som en ”gul lapp” og i en case ble inntakjournalen sendt som henvisning. Typisk for innholdet i henvisningen var at det var en kort beskrivelse på hvorfor henvisningen var sendt. Eksempler på hva som sto i henvisninger var: *”Ønsker tilsyn. Pårørende er bekymret for pasientens alkoholbruk”* og *” Kort om pasienten og at hun hadde nevnt at hun hadde brukt alkohol som smertelindring”*

Ruskonsulenten fortalte i intervju at det er helt greit med korte henvisninger.

Når henvisningen var lest, gikk ruskonsulenten igjennom journal notat, epikriser og inntak journaler for å få mer informasjon om pasienten. Ruskonsulenten har også tilgang til psykiatrisk journal. Ved å søke etter mer informasjon om både nåværende situasjon og tidligere innleggelser ville ruskonsulenten danne seg et bilde av pasienten før hun møter vedkommende. Informasjonen er en type videre identifisering og kan være nyttig i samtale med pasienten. I noen tilfeller var det legenotat fra den aktuelle innleggelsen som er av nytte. Ruskonsulenten fortalte at hun fikk *”mye informasjon om pasienten sin psykiske helse ut fra notatet”* og at *”Legen hadde skrevet et grundig notat der han beskriver medisinske tilstand og knytter det opp mot alkohol, som for eksempel kronisk diaré`. Det er ikke vanlig med et så grundig notat, men det er bra”*

I journal notater fra tidligere innleggelser fant også ruskonsulenten informasjon som var av betydning for denne innleggelsen og dermed spørsmål om alkoholmisbruk. Det kunne være tidligere diagnoser, symptomer og tidligere forhøyet etanolspeil.

Ruskonsulenten fortalte:

*”Pasienten hadde vært innlagt flere ganger med typiske diagnoser som magesår, pankreatitt, anemi uten at det var koblet til alkohol tidligere. Jeg var ganske overrasket over at dette ikke var blitt tatt opp tidligere”.*

Og:

*”Jeg leste inntakjournalen og der sto det at han kom inn med commotio og hadde etanol på over to. Jeg leste også en epikrise fra tre uker tilbake da han var inne med samme diagnose og promille på over to”.*



Ruskonsulenten traff, i alle fem casene, pasienten mens han/hun var innlagt på sykehuset.

En av pasientene hadde selv fortalt til helsepersonell at hun hadde et overforbruk av alkohol og at hun trengte hjelp. I de øvrige fire casene hadde pasienten sagt til helsepersonell at de ikke hadde problemer med alkohol, men i samtalen med ruskonsulenten fortalte alle fire pasienter at de har et overforbruk av alkohol. Ruskonsulenten fant altså overforbruk av alkohol i alle fem casene.

I tillegg til overforbruk av alkohol fant ruskonsulenten også en årsak til overforbruket. Årsakene var av psykisk eller psykososial art hos fire av pasientene. Kun pasienten som selv hadde oppsøkt hjelp for alkoholproblem var spurt om sin psykiske helse. De andre pasientene var ikke spurt om sin psykiske helse tidligere i pasientforløpet. Ruskonsulenten fortalte hva hun fant i samtale med pasienten:

*”Hun fortalte til meg at hun drakk hver dag og erkjente overforbruket umiddelbart. Det var et misbruk av alkohol vil jeg si. Pasienten hadde også noen tanker og forklaringer på hvorfor hun drakk. Det var av både psykososiale og somatisk art”.*

Og en annen pasient fortalte i samtale med ruskonsulenten at:

*”Han sa at han hadde problem med alkohol og han ønsket hjelp. Han fortalte meg hvorfor han drakk og det var av psykiske årsaker”.*

Etter en kartlegging av alkoholvaner og samtale med pasienten igangsatte ruskonsulenten videre tiltak.

### **4.3. Roller**

Det kan se ut som om sykepleiene synes at det å ta opp alkohol som tema med pasientene er en legeoppgave. Av de fem undersøkte casene var det kun i en case at en sykepleier tok initiativ til å snakke med pasienten om alkohol. I de andre casene var det leger eller turnusleger som tok opp tema alkohol med pasientene. Her varierer situasjonen og konteksten men det så ut å ha vært flere anledning for sykepleiere til å ta opp alkohol som tema med pasienten i denne studien. En sykepleier fortalte at hun syns samtale om alkohol med pasienten er en legeoppgave: *”Den første kontakten om alkoholproblem, den syns jeg nesten er legen som bør ta. Fordi de har jo mer erfaring enn hva sykepleierne har med å ta sånne tema”.*

Det kan virke som om sykepleierne synes at det å ta opp alkohol som tema er utfordrende. En sykepleier fortalte at han ikke snakket med pasienten før han sendte henvisningen fordi pasienten var *”veldig trett og at det derfor ikke passet seg at stresse ham opp med det”*. På spørsmål om alkohol ble tatt opp med pasienten ved en senere anledning når pasienten var mer våken svarte sykepleiere: *”Nei, det var ingen som snakket med pasienten om alkohol eller om at han var henvist ruskonsulent”*.

Sykepleieren som tok opp alkohol med pasienten synes det var en barriere, men det kan virke som det er lettere når hun hadde en anledning til å spørre pasienten om hans/hennes alkoholvaner. Hun sa at *”Det har vært generelt en barriere å tørre spørre om alkohol men jeg følte hun her, at det lå på en måte så klart, hennes historie og nå når hun kom inn”*. Sykepleieren gav også uttrykk for at det er vanskeligere å spørre pasienten om alkohol om pasienten ikke er utseendemessig preget av alkoholoverforbruk. Hun sa *”Om de er helt oppegående personer og da å begynne å spørre om alkoholvaner er ganske ja, du føler du går over grensen”*.

I motsetning til sykepleierne kan det se ut som leger og turnusleger ikke syntes samtalen om alkohol var like utfordrende. De virket å være mer direkte. Som en lege sa *”Hun sa at det ville hun ikke [snakke med ruskonsulent, forfatterens anmerkning.] og da sa jeg at det var en del av utredningen og gav henne ikke noe valg og da sa hun at ja vel da, da er det greit”*. En annen lege fortalte at det er greit å være forberedt når man tar opp alkohol med pasienten og han sa også at *”Man må ikke være redd for å spørre i alle fall”*.

På spørsmålet om det er vanskelig å spørre pasienten om mulig alkoholmisbruk svarte en turnuslege:

*”Nei, ikke i det hele tatt”*.

#### **4.4. Språk**

Hvordan helsepersonell uttrykket seg og snakket om pasienten med alkoholproblemer kan tyde på at alkohol fortsatt er tabubelagt og at det er noen fordommer og stereotyper knyttet til hvem det er og hvordan de med alkoholproblemer ser ut. Både sykepleiere og leger fortalte at pasienten ikke så ut som en som hadde alkoholproblem. De beskrev pasienten som *”hun var veldig oppegående”*, *”han så ut som en vanlig mann”*, *”han gav inntrykk av at han hadde livet på stell”* og *”hun så ut som en relativt oppegående*

*dame som er i arbeid*". En informant sa noe om hvordan pasienter med alkoholmisbruk ser ut *"De ser vel litt sånn utslitt ut, ofte, tennene er ikke så fine, litt sånn grove trekk i fjeset, du kan ofte se det på hvordan de går"*.

Språket helsepersonell brukte var i noen tilfelle verdiladet. En lege brukte for eksempel ordet "innrømmet". Han sa: *"Pasienten nektet for å ha et overforbruk av alkohol, men innrømmet å ha brukt alkohol forut innleggelsen"*. Annet ord som ofte ble brukt av helsepersonell i beskrivelser av situasjonen var *"å mistenke alkoholbruk"* og *"pasienten nektet alkoholmisbruk"* Det kan altså se ut som det fortsatt er stigma knyttet til alkoholmisbruk og at ord som ble brukt om og i samtalen om pasienter med alkoholmisbruk ikke var ord helsepersonell ville ha brukt når de snakker om andre pasienter med andre medisinske diagnoser.

#### **4.5. Oppsummering**

Identifikasjonsprosessen har fem forskjellige faser. **Første observasjon** er den observasjonen helsepersonell gjorde som så startet identifikasjonsprosessen. Her var det pasientens diagnose, symptomer, medisinske parametre og pasientens atferd eller noe han sa som var bakgrunnen til bekymringen. **Refleksjonen** på det man har observert innebærer søk etter mer informasjon. Helsepersonell undersøkte pasientjournalen og fant ofte her diagnoser, tidligere innleggelser, symptomer og medisinske parametre som styrket bekymringen man allerede hadde. Helsepersonell søkte enda mer informasjon og går derfor **tilbake til pasienten – samtalen**. Samtalen ble knyttet opp mot diagnoser og symptomer, den var direkte og kort. Helsepersonell reagerte på pasientens atferd under samtalen, noe som igjen styrker bekymringen man allerede hadde. Leger og sykepleiere hadde forskjellige **roller**. Tema alkohol ble ofte tatt opp av lege, mens det ser ut som sykepleier syns samtale om alkohol var vanskelig. Etter samtalen forelå et **grunnlag for henvisning**. Pasienten ble henvist ruskonsulent, men før henvisningen ble sendt var det en type konsultasjon mellom henviser og en kollega. **Ruskonsulenten** mottok henvisningen, gikk igjennom pasienten sin journal for å finne mer informasjon. I samtale med pasienten fant hun overforbruk av alkohol og psykososiale årsaker til overforbruket. Funnene viser at helsepersonell hadde en måte å karakterisere pasienten med alkoholmisbruk på, og **språket** som ble brukt var i noen tilfeller verdiladet.

## 5. Drøfting

Arbeidet med tidlig intervensjon og alkoholintervensjoner i norske sykehus er fortsatt i startfasen på mange sykehus. Hvordan sykehusene velger å utforme sine alkoholintervensjoner varierer fra sykehus til sykehus. Prosjektet Alkohol og Alkohol Intervensjoner i Sykehus (KORFOR, 2013) viste at de fleste sykehusene internasjonalt bruker systematisk screening som metode for å identifisere alkoholmisbruk hos pasienter. Stavanger Universitetssykehus bruker ikke systematisk screening, men baserer sine metoder på pragmatiske tilnærminger. Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan denne prosessen ser ut og hva som kjennetegner den.

Problemstillingen var: *Hvordan ser identifikasjonsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk i somatisk sykehusavdeling ut? Og foregår identifikasjonen i tråd med den metoden som omtales som pragmatic case finding?* med fem

forskningsspørsmål: Hvordan identifiserer helsepersonell pasienter med skjult alkoholmisbruk? På hvilken måte og av hvem blir tema alkohol tatt opp med pasienten? Hvordan blir beslutningen om å henvise pasienten til ruskonsulent tatt? Hva finner ruskonsulenten i samtale med pasienten? Hva kjennetegner de forskjellige fasene i identifikasjonsprosessen? I dette kapittelet vil jeg prøve å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene ved å drøfte mine funn opp mot forskningslitteraturen og teorien som er beskrevet tidligere. Drøftingen er bygget opp ut fra strukturen i resultat kapittelet med de ulike fasene i identifikasjonsprosessen. Resultatene under tema språk og roller vil bli diskutert i de ulike fasene og blir derfor ikke tatt opp som egne avsnitt. Drøftingen avsluttes med et avsnitt med metodeoverveielser og -kritikk.

### 5.1. Faser, roller og språk i identifikasjonsprosessen

Mye av utfordringene ved identifisering av alkoholmisbruk ligger i at alkoholbruk fortsatt er tabubelagt. Misbruk av alkohol passer inn under det som Goffmanns (2007) identifiserer som stigma. Han mener at kjemisk avhengighet er stigmatisert. Stigmatisering kommer til uttrykk i den sosiale relasjonen til pasienten. Stigmatisering av pasienter med alkoholmisbruk kan føre til at pasienten føler at han ikke blir behandlet med respekt og at han føler skam og skyld, som igjen gir seg uttrykk i hans/hennes atferd (Goffmann, 2007). Det handler om at helsepersonell stigmatiserer pasienter med alkoholmisbruk og det handler om at helsepersonell er redde for å stigmatisere pasienter med alkoholmisbruk (Goffmann, 2007). Begge deler kan være en barriere i identifikasjonsprosessen. Helsepersonell er redde for å ”trække” pasienten på

tærne med sine spørsmål om alkohol. Frykten for å stigmatisere må likevel ikke forhindre helsepersonell i å handle når symptomene på alkoholmisbruk begynner å vise seg.

### **5.1.1.Første observasjon**

Første observasjonen helsepersonell på sykehus fikk om mulig alkoholmisbruk hos pasienten samsvarer med tidligere forskning som viser at helsepersonell tenker tanken om mulig alkoholmisbruk ut fra pasienten sin diagnose og medisinske parametre (Reinholdz, Bendtsen og Spak, 2011), (Lid, Malterud, 2012). Mens allmennlegen kanskje kjenner pasienter fra tidligere og reagerer på hvordan pasienten oppfører seg, f.eks. at pasienten ikke møtte opp til legetimen eller gjentatte ganger ber om sykemelding (Lid, Malterud, 2012) er pasienten ofte helt ukjent for sykehuspersonell. Likevel er det noen pasienter som blir husket av helsepersonell fra tidligere innleggelse, fordi at situasjonen eller atferden til pasienten var på en måte annerledes og derfor gav en vag fornemmelse om at det var noe som kunne relateres til alkohol. Felles for både allmennleger og sykehuspersonell, er altså at det blir brukt profesjonell kunnskap og klinisk skjønn i identifiseringen av pasienter med alkoholmisbruk. De mest vanlige årsakene til at pasienten blir identifisert av helsepersonell på sykehus er noe ved pasienten sin atferd og pasienten sin diagnose og medisinske parametre. Identifiseringen er en prosess som begynner med en første observasjon og som deretter går over i en refleksjonsfase der helsepersonell reflekterer over den første observasjonen og søker mer informasjon fra pasientjournalen og pasienten selv.

På sykehus møter ofte pasienten flere forskjellige helsepersonell og situasjonen pasienten er i, gjør kanskje at han/hun ikke helt har kontroll over hva som blir sagt og gjort. Tiden pasienten er på sykehus er mye lenger enn den tiden pasienten er inne på allmennlegen sitt kontor, noe som gjør at det kanskje er lettere for sykehuspersonell å fange opp ting som blir sagt, da tidsaspektet er lengre. Goffmann (2007) mener at når en person som opplever skam og skyld, kommer i kontakt med ”den vise” (en som har større forutsetning til å se stigmaet på grunn av at han selv har samme stigma, at han er pårørende til en med samme stigma eller en lege med kunnskaper om stigmaet) blir det enda mer vanskelig å holde sitt stigma skjult. Å holde noe skjult og overbevise ”den vise” at man er ”normal”, er psykisk tungt, krevende og vanskelig. Det kan hende at pasienten klarer dette bedre under en kort legekonsultasjon hos allmennlegen, enn i en

sårbar og mer kaotisk situasjon på sykehuset. Flere informanter snakket om at pasienten ”prøvde å holde seg oppe”, noe som kanskje illustrerer det Goffman beskriver.

Situasjonen blir gjerne også annerledes da pasienten kommer til allmennlegen med sin bestilling og den bestillingen setter derfor rammen for hva som blir diskutert på den konsultasjonen (Guassora og Baarts, 2010). Ved en innleggelse på sykehus blir også generelle ting ved helse tatt opp i tillegg til den aktuelle problemstillingen. Her kan man si at legens opptak av inntakstjournal og sykepleieres inntakstamtale fungerer som ramme rundt hva som skal tas opp og samtalen blir dermed mer styrt ut fra helsepersonelles sine rammer. Man kan kanskje sammenligne det med at allmennlegene uttrykker at det er lettere å ta opp alkohol og røyking når de snakker med nye pasienter eller når de skal fornye for eksempel offshore sertifikat (Lid, Malterud, 2012), (Guassora, Baarts, 2010). Allmennlegene skaper da en anledning, i tillegg til at rammen rundt konsultasjonen allerede er der, til å ta opp alkohol. Den anledningen finnes allerede på sykehuset i form av en innleggelse og så skaper helsepersonell rammen rundt hva som skal tas opp under opptak av inntakstjournal og inntakstamtale. Det er selvfølgelig personavhengig om helsepersonell tar tak i den anledningen som tilbyr seg.

Sykehuspersonell kan også få informasjon fra innleggende lege som kan utløse en bekymring. Det samme kan også skje andre veien, at sykehuset sender informasjon til allmennlegen om sykehusinnleggelse og at det blir inngangsporten til å snakke om alkohol (Lid, Malterud, 2012). At pasienten har møtte flere ansatte innom helsevesenet, både primær- og spesialisthelsetjenesten kan kanskje øke sjansen for å bli identifisert og dermed få tilbud om hjelp for alkoholproblemer. Å satse på bedre samarbeid og informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan kanskje være nyttig for denne pasientgruppen.

Den første observasjonen kjennetegnes av at den blir gjort av den enkelte helsepersonell alene i sitt møte med pasienten. Det blir brukt kunnskap om alkoholrelaterte helseproblemer og sanser til å lytte og se. Identifikasjonsprosessen starter altså med at en person reagerer på noe og ut fra den konteksten dette skjer i, så fortsetter identifikasjonsprosessen med en refleksjon over hva det var man ”så”. I noen av casene skjedde dette umiddelbart etter første observasjonen og i andre case skjedde dette et par

dager eller til og med tre uker etter første observasjon. Man kan si at identifikasjonen er en prosess og lengden på prosessen varierer ut fra konteksten pasienten er i.

Siden stigmatisering kan komme til uttrykk i de sosiale relasjonene (Goffman, 2007) vil måten helsepersonell møter pasienten på, hvilke ordvalg og kroppsspråk som blir benyttet, bety mye for senere kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og pasient. Det første møte er derfor viktig for videre identifikasjon.

### **5.1.2.Refleksjon**

Når sykehusansatte får en fornemmelse eller gjør en observasjon som kan tyde på alkoholmisbruk hos pasienten, reflekterer de over hva det er de har observert. Her vil det også være mulighet å diskutere med kollegaer og dermed få bekreftelse på, at man er inne på noe som må undersøkes videre. Mens allmennlegene her kanskje står mer alene har sykehusansatte en bedre mulighet til å søke støtte og dermed også bedre mulighet for faglig diskusjon om alkohol. Allmennlegen må kanskje vente til neste konsultasjon før han/hun kan gjøre noe med den informasjonen han/hun har funnet, mens sykehusansatte bruker informasjonen de har funnet, til å jobbe videre der og da. Her igjen, vil måten helsepersonell ordlegger seg i samtale med kollegaer ha betydning for videre samhandling med pasienten. Et verdiladet språk vil kunne stemple pasienten, og det igjen vil kunne påvirke hvordan neste møte blir.

I tillegg har sykehusansatte tilgang til en rekke blodprøvesvar. Alle som kommer inn i akuttmottaket tar en pakke med blodprøver og det er også mulighet for å etterbestille blodprøver man savner. Det kan f. eks etterbestilles etanolspeil om helsepersonell har en vag følelse på at alkohol kan være et tema. Muligheten for å finne og bestille medisinske parametre som tyder på alkoholmisbruk, er altså større på sykehuset enn det vil være hos allmennleger. Blodprøvesvar kan brukes til å skape en anledning og en relevans til å ta opp alkohol med pasienten. Helsepersonell kan ut fra f. eks forhøyet leverprøver, elektrolyttforstyrrelser, anemi eller forhøyet etanolspeil koble det til forhøyet alkoholbruk. Blodprøvesvarene gjør at det blir relevant å snakke med pasienten om alkohol.

Sykehusansatte finner diagnoser og medisinske parametre som kan relateres til alkoholmisbruk når de leser pasientjournaler. Det er veldig mange diagnoser og symptomer som relateres til alkoholoverforbruk og det er ikke mulig for helsepersonell å huske alle. Derfor kan det være nyttig for helsepersonell å lære seg de mest vanlige

diagnosene og symptomene som er relatert til alkoholoverforbruk (Reinholdz, Bendtsen og Spak, 2011).

En rapport fra IRIS (2007) viser at helsepersonell mangler kunnskap om alkoholrelaterte helseproblemer og det kan være en barriere for oppstart av samtaler om alkoholvaner (Nesvåg, Backer- Grøndahl, Duckert, Enger, Huseby, Kraft, 2007). Også andre studier viser at helsepersonell mangler kunnskap om alkoholrelaterte problemer (Indig, Copeland, Conigrave, Rotenko, 2009). Siden helsepersonell i denne studien bland annet bruker klinisk skjønn når de identifiserer alkoholproblemer, vil tiltak som er med på å øke kunnskapen om alkoholrelaterte helseproblemer kunne føre til større grad av identifisering.

### **5.1.3. Tilbake til pasienten – samtalen**

Tidligere studier viser at pasienter mener, at når helsepersonell snakker om alkohol, røyking eller andre livsstil spørsmål med pasientene, må tema være relevant for hvorfor han/hun er der (Guassora, Baarts, 2010), (Sarjonen, Raevaara, Haakanen, Tammi, Perakyla, 2006), (Opstad, 2010). På sykehuset blir tema alkohol relevant fordi helsepersonell har observert noe som gjør at de ønsker å snakke om alkohol med pasienten.

Det at leger tar opp alkohol på en direkte måte og at samtalen knyttes til diagnosen eller medisinske parametre samsvarer med tidligere forskning fra primærhelsetjenesten, der samtalerne også knyttes opp til diagnoser, symptomer eller hendelser som kan være forårsaket av alkohol (Lid, Malterud, 2010), (Guassora, Baarts, 2010).

Mens det virket som om legene ikke hadde problemer å ta opp alkohol med pasienten, kan man ut fra resultatene i studien tolke som sykepleiene både synes samtalen var utfordrende og at sykepleiene vegret seg for å snakke om alkohol med pasienten. Dette samsvarer med funn fra andre studier som sier at sykepleiere synes samtalen om alkohol er vanskelig og at de ikke tar opp tema alkohol med sine pasienter i like stor grad som leger gjør (Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjø, Geirsson, Nilsen, 2008), (Kaner, Heather, McAvoy, Lock, Gilvary, 1999), (Geirsson, Bendtsen, Spak, 2005). Det er ikke bare i sykehus eller primærhelsetjenesten. En vegring mot inngripen i begynnende rusproblemer er beskrevet i forhold til arbeidslivet (Nesvåg, 2005), (Frøyland, Grimsmo, 2006), i forhold til helsesøstre (Rygh, 2005) og i forhold til ansatte i skole, barnehage og sosial- og barnevernstjenesten (Kristiansen, 2006).



Sykepleiernes manglende initiativ til å ta opp alkohol som tema med pasienten kan tyde på at sykepleiere mangler kunnskap og trygghet om hvordan man snakker med pasienten om alkohol, noe som også kommer frem i tidligere forskning (Johansson, Åkerlind, Bendtsen, 2005), (Nesvåg, Backer- Grøndahl, Duckert, Enger, Huseby, Kraft, 2007). Andre årsaker kan være at sykepleiere er redde for å ødelegge forholdet til pasienten. Studier fra primærhelsetjenesten viser at allmennleger og sykepleiere er redde for å ødelegge forholdet til pasienten om de tar opp alkohol som tema (Lid, Malterud, 2012), (Johansson, Åkerlind, Bendtsen, 2005). Forskjellen mellom en allmennlege som skal ha et langvarig forhold, kanskje livet ut, med pasienten og en sykehuslege som, som regel har et kortvarig forhold til pasienten kan være med på å forklare hvorfor en sykehuslege kanskje ikke har de samme barrierene når de skal ta opp tema alkohol. For sykepleiere på sykehus er det likevel litt annerledes enn for sykehuslegene, og de kan kanskje sammenlignes med allmennlegene til en viss grad. Selv om ikke forholdet mellom sykepleiere og pasienten varer over flere år, er det likevel et tett forhold som strekker seg over flere timer, dager og kanskje flere uker. Sykepleieren er den som er rundt pasienten store deler av sin arbeidsdag, mens sykehuslegen kanskje bare er innom noen få minutter hver dag eller kanskje treffer pasienten kun en gang.

Stigmatisering kan også være en barriere til og ikke ta opp alkohol med pasienten. Stigmatisering kan gjøre sosiale relasjoner mellom to personer utfordrende (Goffmann, 1963). Helsepersonell kan kvi seg til samtalen og derfor vegre seg for å ta den. For sykepleier kan dette være en grunn til hvorfor de overlater samtalen til en lege. Stigmatisering viser seg på forskjellige måter, der spørsmål som ikke ble stilt er en måte.

En annen faktor for hvorfor sykepleiere ikke tar opp alkohol som tema med sine pasienter i samme grad som leger gjør, kan være tidspress. Studier viser at tidspress er kommet opp som årsak til at alkohol ikke er blitt tatt opp (Holmquist, Bendtsen, Spak, Rommelsjø, Geirsson, Nilsen, 2008), (Aalto, Pekuri, Seppa, 2002), (Nesvåg, Backer-Grøndahl, Duckert, Enger, Huseby, Kraft, 2007). Sykepleierne opplever at deres arbeidsdag er oppstykket og at det blir flere administrative oppgaver som gjør at den direkte pasientkontakten blir mindre. Sykepleierne ønsker å jobbe med helhetlig sykepleie og de ønsker å bruke sine kunnskaper om relasjoner og kommunikasjon, men den ”vide” rollen sykepleierne har i sykehus kan være et dilemma (Vareide, Hofseth,

Norvol, Røhme, 2001), (Olsvold, 2010). Når tiden sammen med pasienten blir mindre og sykepleien ikke har etablert et trygt sykepleier- pasient forhold, kan det være en barriere for sykepleiene å ta opp et så sensitivt tema som alkohol. Kanskje er det en hjelpepleier eller helsefagarbeider som har sett og snakket mest med pasienten og at det blir mer naturlig for dem, å ta opp tema alkohol med pasienten?

En annen mulig forklaring på hvorfor ikke sykepleierne tar opp tema alkohol med sine pasienter, kan være at de ikke ser på det som sin arbeidsoppgave. Hva som er legens oppgave og hva som er sykepleierens oppgave i sykehus er ikke alltid så godt definert (Olsvold, 2010). I tillegg kan usikkerhet fra sykepleiernes side ha noe med at leger er overordnet på det medisinske felt, og tradisjonelle hierarkiske forhold gjør at sykepleierne kan føle seg underdanige og velger å avstå fra noen oppgaver (Krogstad, Hofoss, Hjortdahl, 2004).

I sykepleiens natur ligger helhetlig sykepleie som skal omfatte fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. For at sykepleieren skal kunne gi pasienten det han/hun trenger må sykepleieren vite hvem pasienten er. Det er det en bred enighet om blant flere sykepleie teoretikere (Henderson, 1998), (Travelbee, 2001). Kommunikasjon og samarbeid med pasienten er en forutsetning for god sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, 2005). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) understreker også at sykepleiere har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Å snakke med pasienten om alkohol vil vel derfor i like stor grad kunne ses på som en sykepleieoppgave. På andre siden kan det være bekvemt for sykepleier og ikke ta hele og fulle ansvaret. De kan ”gjemme seg bak” legens pålegg og medisinske ansvar, selv om enkelte situasjoner nok kunne vært diskutert i sykepleiers kunnskap og erfaring. Dahle (2008) vektlegger at sykepleier ikke mangler kunnskap, men en profesjonell autoritet.

Lid og Malterud (2012) og Guassora og Baarts (2010) fant i sine studier at allmennleger kommer inn på tema alkohol via ”small talk”. Det kunne være mens de ventet på blodprøvesvar eller at akupunktur nåler skulle virke eller at de snakket om hvordan pasienten hadde det i hverdagen både sosialt og psykisk. I sykehus, spesielt for sykepleiere eller annet pleiepersonell, er ”small talk” en stor del av hverdagen. Pleiepersonalet kan bruke ”small talk” når de begynner vekten og hilser på pasienten, i forbindelse med måling av blodtrykk, i stell situasjoner, ved sår stell eller ulike

praktiske prosedyrer. Dette kan være en måte for sykepleiere eller annet helsepersonell å komme inn på tema alkohol. Allmennleger har en kort konsultasjon og ”small talk” blir bare av hvis det er tid for det, mens ”small talk” i sykehuset kan vare lengre og ved flere anledninger.

Pleiepersonell bruker mye mer tid sammen med pasienten enn det legen gjør. Muligheten for å observere tegn på alkoholmisbruk hos pasienten er derfor store. Siden forskning viser at sykepleiere kan være en ressurs når det kommer til å identifisere og utføre brief intervention til pasienter som er innlagt med et risikofyllt bruk av alkohol (Desy, Hoerd, Perhats, Li, 2010) bør en kanskje i større grad satse på å øke kunnskapen til denne profesjonen. Man kan diskutere om sykepleierne er mer i ”bakgrunnen” og at flere pasienter blir identifisert av sykepleiere, men at selve samtalen om alkohol blir utført av lege? Og videre, om det i så fall er den praksisen sykehuset vil ha, og den praksisen sykepleierne selv vil ha, og hva som er best for pasienten? Relasjonen kan bli spent om sykepleieren som er nær pasienten hele dagen, ikke er den som tar opp alkohol med pasienten. Som Goffmann (2007) skriver kan det i noen situasjoner være at den stigmatiserte ikke vet om den som skal hjelpe vet om stigmaet, eller så vet ikke den som skal hjelpe, om den stigmatiserte vet at han/hun vet om stigma. Den sosiale situasjonen blir da spent og unaturlig (Goffmann, 2007). Dette kan løses med kommunikasjon og ærlighet fra helsepersonell. Og andre siden kan det være at legen er den som har mest kunnskap og derfor er den som bør snakke med pasienten? Samtidig viser forskning at det ofte er sykepleiere som tar de korte samtaler om alkohol (brief intervention) med pasientene på sykehus (KORFOR, 2013).

Det kan se ut som om samtalene fungerer som en identifisering eller som en måte å bekrefte den observasjonen og refleksjonen man allerede har gjort. Det virker ikke som helsepersonell er ute etter å få en type ”tilståelse”, men kanskje heller få et grunnlag for å henvise pasienten til ruskonsulent.

Helsepersonell reagerer på atferden til pasienten under samtale. Pasienten nekter for overforbruk av alkohol og bagatelliserer sitt forbruk og andres bekymringer. Studier fra primærhelsetjenesten viser at det også er vanlige reaksjoner fra pasientene der, og at legene da syns det er vanskelig å fortsette samtalen og vanskelig å ta opp tema igjen ved en senere anledning (Lid, Malterud, 2012). På sykehuset blir samtalen kort, kanskje av samme anledning, at pasienten ikke ønsker å snakke om alkohol og det derfor blir

vanskelig å fortsette. Men her er det ikke heller et poeng eller en nødvendighet at finne ut så mye mer. Siden samtalen fungerer som en type identifikasjon og bekreftelse på tidligere observasjoner, brukes den også som et skritt videre, nemlig å henvise til ruskonsulent. Man kan spørre seg om det er akkurat det, at man har noen å henvise til, som gjør at samtalen blir kort? Når ruskonsulenten er kontaktet, vil det ikke være behov for å ta opp tema alkohol med pasienten igjen. På en sånn måte trenger ikke helsepersonell ta opp tema alkohol med pasienten igjen og unngår da de vanskeligheter som allmennleger beskriver.

Stigmatisering fører til at pasienten føler skam og skyld, som igjen kan komme til uttrykk i pasienten sin atferd (Goffman, 2007). Helsepersonell må ha kunnskap om dette for å forstå pasienten og hans atferd. Goffmann (2007) skiller mellom om du har et stigma som alle vet om (diskreditert) eller om du har et stigma som ingen enda vet at du har (misskreditabel). Pasienter med skjult alkoholmisbruk er altså misskreditabel før alkoholmisbruket blir kjent og diskreditert når alkoholmisbruket er kjent. Ifølge Goffmann vil en misskreditabel person gjøre alt han kan for å skjule sitt stigma og for å hindre at det blir kjent. Personen vil da gjøre alt han kan for å overbevise den ”normale” at han også er ”normal”. Han kan reagere med sinne og fornektelse (Goffmann, 2007).

Når pasienten reagerer med sinne eller nekter for å ha alkoholproblem, kan dette oppfattes av helsepersonell som om at pasienten ikke ønsker hjelp likevel, som om at han/hun ikke snakker sant eller prøver ”skjule” sine problem. Tidligere studier viser at stigmatisering av pasienter med rusproblemer forekommer i helsevesenet og at det blant annet kommer i uttrykk av at helsepersonell ikke tror at pasienten med rusproblem snakker sant (Lovi og Barr ,2009), (Høie, Sletnes, 2006), (Hoffmann , 2006).

Pasientene ble i min studie beskrevet som ”normale” og ”vanlige”, noe som tydet på at de ikke er sånn en pasient med alkoholproblemer ser ut i følge helsepersonell. Samme resultat fant Hoffmann (2006) i sin mastergrad. Helsepersonell sa at de ikke visste hvordan en typisk alkoholmisbruker så ut, men de hadde likevel forestillinger om hvordan de ikke så ut. Goffmann (2007) sier at stigmatisering fører til at man lager stereotyper av en viss gruppe. Stereotypene tillegges egenskaper som typisk utseende og typisk atferd.

Siden stigmatisering også kan føre til at den sosiale relasjonen blir vanskelig er det av betydning at helsepersonell reflekterer over hvilke holdninger de har til pasienter med

alkoholproblemer. Hjelperen synes det er vanskelig å snakke med den stigmatiserte, da han/hun er redd for å såre eller trække på den sårbare stigmatiserte (Goffmann, 2007).

Siden det ifølge Goffmann (2007), ikke alltid er så at den som stigmatiserer vet at han/hun gjør det, må helsepersonell være observante og snakke om hva stigma er. Kunnskap om stigma og hvordan det kommer til uttrykk hos de som stigmatiserer (helsepersonell) og de som blir stigmatisert (pasienten med alkoholproblem) er essensielt. Stigmatisering vil kunne føre til at pasienter med alkoholmisbruk ikke blir identifisert. Sykepleierens holdning spiller en rolle for kvaliteten av intervensjoner (Mortensen, Tønnesen, 2004).

Å være klar over hvordan stigma kommer til uttrykk er avgjørende. Ved å bruke verdiladet språk i samtale med en pasient med alkoholmisbruk, kan en ødelegge kommunikasjonen og pasienten vil kunne føle seg krenket og ydmyket. Dette vil igjen kunne påvirke pasientens valg om å ta imot hjelp.

Det er viktig med en kontinuerlig etisk og faglig refleksjon med hensyn til hva som er best for dem som er berørt, sånn at stigmatisering kan unngås.

#### **5.1.4. Grunnlag for henvisning**

Hvem som skriver selve henvisningen varierer, men det virker ikke som dette er en barriere. Her er også sykepleiene mer aktive. Det kan ha noe med at sykepleiene føler det hører til deres arbeidsoppgaver siden de har en koordinerende rolle i sykehuset og de føler ansvar for at "alt er i orden" (Vareide, Hofseth, Norvol, Røhme, 2001), (Olsvold, 2010).

I forkant av at henvisningen blir sendt, er det alltid en type konsultasjon med en kollega. Dette virker å være en type samtale som har en støttende funksjon. For sykehuspersonell er dette nok kanskje en helt vanlig måte å jobbe på. Arbeidsdagen for de ansatte på sykehuset er oppstykket. Ansvar for pasienten er fordelt på mange hender. Høy grad av arbeidsdeling og turnus- og vaktordninger svekker personkontinuiteten rundt pasienten. Helsepersonell er derfor gjensidig avhengige av hverandre for å gjøre en god jobb med pasienten. Det kreves samarbeid og fleksibilitet (Olsvold, 2010).

Det som kanskje også gjør det lettere å henvise, er at det er noen å henvise til. Terskelen for å henvise er lav og ruskonsulentene er kjent for helsepersonellet, noe som kanskje

også spille positivt inn. I tillegg er det lett og lite tidskrevende å henvise. Henvisningen kan skrives og sendes av all helsepersonell som har tilgang til DIPS.

Studier fra primærhelsetjenesten viser at leger ønsker større mulighet til å henvise pasienten til spesialist (Holmquist, Bendsten, Spak, Rommelsjo, Geirsson, Nilsen, 2008). Siden leger og sykepleiere mangler kunnskap og trygghet i måten å snakke med og utføre intervensjoner til pasienter med alkoholmisbruk (Geirsson, Bendtsen, Spak, 2005), (Aalto, Pekuri, Seppa, 2002) kan det fungere som en barriere til å ta opp problemet. Da må du også vite hva du skal gjøre.

Siden sykehuset har en ordning med ruskonsulent, er kanskje barrieren for å ta opp alkohol og for å henvise mindre. Det kan se ut som om det er en stor vilje å hjelpe pasienten med alkoholmisbruk og at helsepersonell også ser det som sitt ansvar. I sykehuset er det alltid noen som tar over for deg når du går hjem, hvilket betyr at det er lettere å gi ansvaret for å henvise og ansvaret for å snakke om alkohol videre til neste skift og håpe på at det blir gjort. Det var ingenting i min studie som tydet på at helsepersonell ikke tok ansvar, noe som kanskje kan tolkes som om helsepersonell mener de er deres ansvar å hjelpe pasienter med alkoholmisbruk. Studier fra primærhelsetjenesten viser også at helepersonell mener det er deres ansvar å hjelpe pasienter med alkoholproblem (Lid, Malterud, 2012), (Nygaard, Paschall, Aasland, Lund, 2010). Det å sende en henvisning til ruskonsulent må likevel ikke bli en "hvilepute" for helsepersonell, der alt ansvar for det som handler om alkohol blir lagt over på ruskonsulenten.

#### **5.1.5. Ruskonsulenten**

Selve henvisningen gav lite informasjon. Ruskonsulenten søker etter skiftlig informasjon som kan fortelle mer om hvem pasienten er og hvilken type medisinske og psykiske problemer pasienten har. Alkoholmisbruk er en sammensatt situasjon som krever en holistisk tilnærming (Wåhlin, 2013). Denne informasjonsletingen kan ses på som en del av videre identifisering og kartlegging, men samtidig som noe som gjør at ruskonsulentene får mer informasjon som de kan bruke i samtale med pasienten. Samtalen med pasienten er en kartlegging av rusvaner, men også en informasjonssamtale og derfor er pasientens diagnoser, tidligere innleggelses og symptomer viktig informasjon for ruskonsulenten.

Undersøkelser tyder på at de tidligste tegnene på risikofylt bruk av alkohol, er psykososiale faktorer og skal man bruke semi- systematisk eller pragmatic case finding som metode er det psykososiale faktorer man bør fokusere på. Det er symptomer som depresjon, hypertensjon, problemer på arbeidsplassen, søvnproblemer, angst, trauma, problemer i samliv/familieliv og juridiske problemer (Reinholdz, Bendtsen, Spak, 2011). Kanskje leger og sykepleiere burde fokusere mer på psykiske og psykososiale forhold i sin inntakssamtale?

Ruskonsulentene har kunnskaper om alkoholrelaterte helseproblem, men også kunnskaper og trygghet i hvordan man snakker med pasienter om deres alkoholproblem. Denne kombinasjonen er helt avgjørende for hvordan de møter og hjelper pasienten. Man kan godt spekulere i, om pasientene i denne studien hadde blitt fanget opp hvis man kun hadde brukt systematisk screening som metode? Pasientene var en del av en identifikasjonsprosess, men samtidig inne i en egen prosess som handlet om å erkjenne for seg selv at de ønsket hjelp. Om pasienten var klar for å be om hjelp i begynnelsen av innleggelsen eller om pasienten trengte tid til å komme der, er ikke lett å svare på. Det var kun en pasient som sa at hun hadde alkoholproblem og ønsket hjelp når alkohol ble tatt opp av helsepersonell første gangen. Om hun eller de andre hadde svart annerledes på en screening kan altså diskuteres.

Fra pasientene for første gangen blir spurt om deres alkoholvaner og til ruskonsulenten tar kontakt med pasienten, går det alt fra noen timer til et par dager. Det at pasienten fortsatt ligger på sykehus og derfor er sårbare kan bidra til at de takker ja til hjelp. Mange pasienter blir utskrevet før de får snakke med ruskonsulent. Dette skjer som regel i helger og helgedager. Disse pasientene blir kontaktet av ruskonsulent per telefon. Det ville kanskje være nyttig å undersøke hvor mange av disse pasientene som tar mot hjelp. Kanskje ruskonsulentens tjenester også burde være tilgjengelig i helger og på helgedager for å forsikre at denne sårbare gruppen bli tilbyd hjelp? Det kan også argumenteres for å styrke sykepleiernes trygghet og kunnskap, sånn at de kan snakke med og gi informasjon (brief intervention) til pasienter i helger og helgedager.

Det å ta opp livsstils spørsmål på sykehus krever etisk refleksjon. Pasienten har ikke selv bedt om å bli spurt eller bedt om å få hjelp for alkoholproblem og da blir hjelpen

som tilbys ofte definert av helsepersonell og ikke pasienten. Det er da stor fare for paternalisme og dermed ydmykelse og umyndiggjøring (Barbosa de Silva, 2011).

Ved mange medisinske situasjoner er det naturlig for pasienten at gi seg hen til helsepersonell man stoler på. Pasienten ser sin kunnskapsbrist og ønsker hjelp av en som er medisinsk kompetent og som har erfaring. Men når det kommer til livsstil er det ikke like lett. Pasienten er ekspert på sitt liv og sine vaner (Wåhlin, 2012). Ved å ha et pasientsentrert fokus, der pasientens egen agenda er utgangspunktet og der pasienten også opplever at det vi som helsepersonell gjør, er det som er best for ham, kan vi unngå umyndiggjøring og legge til rette for empowerment (Malterud, Hollnagle, 2008), (Wåhlin, 2012).

Ved å ta opp spørsmålet om alkohol på en hensynsfull og respektfull måte, kan vi unngå at pasienten føler seg ydmyket. Pasienten godtar at det blir spurt om livsstils spørsmål så lenge tema blir tatt opp på en respektfull måte (Opstad, 2010), (Malterud, Hollnagle, 2008).

## **5.2. Er metoden forenlig med pragmatic case finding?**

Pragmatic case finding som metode kjennetegnes av at helsepersonell tar opp spørsmål om alkohol med pasienten, når han/hun føler at det er relevant, altså på basis av en aktuell klinisk vurdering. I disse kliniske vurderingene ligger intuisjon og kunnskap om alkoholrelaterte diagnoser og symptomer (Reinholdz, Bendtsen, Spak, 2011). Ut fra resultatene i denne studien kan det se ut som om helsepersonell bruker pragmatic case finding som metode. Observasjonene og refleksjonene over mulig alkoholmisbruk baserer seg nettopp pasientene sine diagnoser, symptomer og medisinske parametre samt en vag følelse. I alle fem casene ble disse observasjonene grunnen til hvorfor helsepersonell valgte å ta opp alkohol som tema med pasienten. Det vil si at det å ta opp alkohol som tema var relevant for situasjonen pasienten befant seg i. Noen måtte skape en anledning der spørsmålet om alkoholbruk ble stilt mer som en del av samtalen, det å bli kjent med pasienten, mens andre var mer direkte i sin måte å ta opp tema på. Felles var likevel at tema alkohol var relevant. Pasienten ble informert om hvorfor helsepersonell mente at det var relevant å snakke om alkoholvaner og på den måten ble det også relevant for pasienten. Resultatene i studien viser også at helsepersonell gjerne søker mer informasjon som kan styrke relevansen å ta opp alkohol som tema. Det kan tyde på at relevansen er viktig for helsepersonell. Dette samsvarer med resultatene til



Guassora og Baarts (2010). Helsepersonell handlet i alle fem case, med kun små variasjoner, likt. Alle pasienter ble spurt om sine alkoholvaner fordi helsepersonell følte det var naturlig i den situasjonen de var i. Det var kliniske vurderinger som baserte seg på intuisjon (noe pasienten sa, eller måten han/hun oppførte seg på) og kunnskap om diagnoser og symptomer som kunne forbindes med alkoholmisbruk.

### **5.3. Metodeoverveielser og metodekritikk**

Jeg har under hele studien fokusert på studiens troverdighet. Under intervjuer, i analysen og tolkningen av data har jeg forsøkt å ha en kritisk blick på arbeidet og å reflektere over styrker og svakheter ved min fremgangsmåte. Gjennom å beskrive metoden, analysen og tolkingen av mine data, har jeg forsøkt å gjøre studien transparent (Thagaard, 2009). Gyldigheten av analysen og tolkningen har forsøkt å bli ivaretatt ved hjelp av hyppig diskusjon med veileder og gjennom å visualisere analyseprosessen i flere steg (Miles, Huberman, 1994).

På grunn av informantenes arbeidssituasjon ble seks av tolv intervjuer ikke tatt opp på lydfil. Jeg var derfor nøye med å skrive notater underveis i intervjuet og at intervjuet ble skrevet ned i løpet av få timer etter intervjustopp. Dette for at jeg skulle unngå å miste data. Intervju situasjonen var kort og spørsmålene konkrete, hvilket gjorde det lettere å unngå å miste data. Jeg mener selv at det å være fleksibel og tilgjengelig for informanten i en travel hverdag, og der tidsaspektet for innsamlingen av data var avgjørende, var viktigere enn det å få alle intervjuer på bånd. At jeg var tilgjengelig og at derfor informantene selv fikk velge tidspunkt på intervju, tror jeg var av betydning for deltakelsen. Det var avgjørende at jeg i tillegg til fleksibilitet, var kjent fysisk på sykehuset og at jeg kjente rutiner for helsepersonell. Jeg kunne da være behjelpelig med å finne en uforstyrret plass å utføre intervjuene på og jeg fikk kontakt med helsepersonell i løpet av kort tid og på et tidspunkt som var minst forstyrrende i en travel hverdag.

Denne studien undersøkte fem case. Få case vil alltid ifølge Yin (2014), representere noe tvil i funnene, men er derimot velegnet til å fange kompleksitet og det unike i casene og mellom casene. Det kan argumenteres for at flere case ville gitt mer variasjon og bredde og derfor også bedre underbyggelse av funn. Min vurdering er at, gitt tidsrammen jeg hadde, at informanter og mine metodiske valg har gitt meg mulighet til å gå i dybden i casene. Jeg mener også at jeg har fått tak i det unike i hver case og at

beskrivelsene av akkurat denne pasienten og situasjonen kom frem. Datamaterialet ble rikt, tross at det kun var fem case. Jeg mener også at jeg fikk en bredde og variasjon i casene. Pasientene var av begge kjønn og i ulike alder. Helsepersonell var av ulike kjønn, ulike yrkesgrupper og alle casene var fra forskjellige avdelinger ved sykehuset. I intervjuene opplevde jeg at samme informasjon begynte å gå igjen, noe som jeg tolket som at jeg nærmet meg et metningspunkt i forhold til informasjon (Yin, 2014).

For å få en enda dypere forståelse for identifikasjonsprosessen hadde det vært en fordel om jeg i tillegg til intervjuer, hadde lest og analysert skriftlige kilder som journal notat, epikriser, innleggelsesskriv o.s.v.. Dessverre var ikke dette mulig på grunn av tidsrammen for studien.

Jeg mener at jeg i denne studien, med mine metodevalg, har fått en innsikt i hvordan identifikasjonsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk ser ut og at jeg har klart å beskrive den på en tilfredsstillende måte og dermed svart på problemstillingen.

Jeg mener at casene i denne studien er typiske for denne pasientgruppen. På Stavanger Universitetssjukehus har det har vært et fokus på alkohol de siste årene og sykehuset har også, som et av få sykehus i Norge, ansatt ruskonsulenter. Hvordan helsepersonell identifiserer og snakker med pasienter om alkoholvaner, kan derfor påvirkes av tilbudet, men jeg mener likevel at måten identifikasjonen skjer på her, har en viss overføringsverdi til andre sykehus.

Forskaren kan gi sine vurderinger om studiens overførbarhet og troverdighet, men det er til sist leseren som avgjør om funn og tolkninger kan anses som troverdige og overførbare (Graneheim, Lundmann, 2004).

## 6. Konklusjon

Stavanger Universitetssjuehus har fokus på alkohol og bruker en metode som fanger opp mange pasienter. Politiske føringer viser til at det skal fokuseres på tidligere oppdagelse, tidligere intervensjon og forebygging hos pasienter og kunnskapsheving hos helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Det finnes forskjellige metoder til å identifisere pasienter med alkoholmisbruk i sykehus. Systematisk screening er den mest brukte metoden.

Resultatene i denne studien viser at Stavanger Universitetssjuehus bruker pragmatic case finding som metode for å identifisere pasienter med skjult alkoholmisbruk. Helsepersonell bruker profesjonell kunnskap og i tillegg bruker de en ”klinisk blick” der sansene er med på å fange opp ting som blir sagt mellom linjene eller små ordvalg som vekker en bekymring. Alkohol tas opp som tema med pasienten når helsepersonell opplever det som relevant.

Identifikasjonsprosessen for skjult alkoholmisbruk kan deles opp i fem faser. Fasene består av en første observasjon, en refleksjon, en samtale med pasienten, en henvisning og til slutt går stafettpinnen videre til ruskonsulenten. Identifikasjonsprosessen varierer i tid og helsepersonell kan gå frem og tilbake mellom de ulike delene i prosessen.

Helsepersonell ved Stavanger Universitetssjuehus identifiserer pasienten med skjult alkoholmisbruk ved hjelp av pasientens diagnose, symptomer og medisinske parameter og ved hjelp av en vag følelse av noe som ble sagt. De reflekterer over den første observasjonen og søker mer informasjon i pasienten sin journal. Her finner helsepersonell tidligere diagnoser, symptomer og medisinske parametre som kan knyttes til alkoholmisbruk. Helsepersonell går tilbake til pasienten for å få mer informasjon. De bruker de opplysningene om mulig alkoholmisbruk de har, for å ta opp alkohol med pasienten. Under samtale reagerer helsepersonell på pasienten sin atferd, som igjen styrker bekymringen om mulig alkoholmisbruk. Henvisningen til ruskonsulent blir sent. Ruskonsulenten søker mer informasjon i pasientjournalen som hun kan bruke i sin samtale med pasienten.

Resultatene viser også at sykepleiere ikke i like stor grad som lege tar opp alkohol som tema med pasienten. Mulige årsaker til det kan være kunnskapsbrist og manglende trygghet, tidspress og sykepleiernes arbeidsoppgaver og roller i sykehuset.

Ordvalg som ble brukt tyder på at pasientgruppen er stigmatisert. Stigmatisering kan være en barriere i identifisering, siden det påvirker relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Pasientens reaksjoner må ikke forveksles med at han/hun ikke ønsker hjelp.

Ved å få informasjon om hvordan identifikasjonsprosessen for skjult alkoholmisbruk ser ut, ser man hva som fungerer og hvor i prosessen man bør sette inn tiltak for å forbedre tilbudet til pasientene. Gjennom å øke kunnskapsnivået om alkoholrelaterte helseproblemer, samt øke fokuset på alkohol, vil helsepersonell få større mulighet til å observere tegn på alkoholmisbruk. Ved å øke tryggheten og kunnskapen gjennom undervisning, vil flere av helsepersonelle ha mulighet å ta opp alkohol som tema med pasienten. Pleiepersonal er en viktig gruppe å fokusere på fordi det er denne gruppen som bruker mest tid sammen med pasienten. Mer kunnskap om stigma og hvordan det utarter seg både hos helsepersonell og pasienten vil være en viktig del av undervisningen. Ved å øke kunnskapsnivået og tryggheten vil helsepersonell tørre å ta opp alkohol som tema med pasienten. Flere erfaringer med samtale om alkohol, vil føre til at helsepersonell lærer og kjenner igjen situasjoner og vet hvordan de skal opptre i nye situasjoner. Dette vil styrke tryggheten og redusere stigmatiseringen.

Denne studien undersøker fem case, men gir likevel et bilde av identifikasjonsprosessen ved Stavanger Universitetssjukehus. Videre forskning med flere case, og også undersøkelser av pasientjournaler, samt mer inngående intervjuer av helsepersonell kan gi en bredere forståelse. Forskning på hvilke pasientkategorier, og hvor mange som blir identifisert med hjelp av denne metoden, vil sette metoden i et større perspektiv. Da vil det også være mulig å sammenligne metoden ved Stavanger Universitetssjukehus, med sykehus som bruker systematisk screening som metode. En beskrivelse av metoden pragmatic case finding vil også kunne være av betydning for og hjelpe andre sykehus som ønsker og ta denne metoden i bruk.

## Litteratur

- Aalto, M., Pekuri, P., Seppa, K. (2002). Primary health care professional`s activity in intervening in patients` alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 39-43.
- Aalto, M., Seppa, K. (2004). Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: The exit poll survey. *Alcohol & Alcoholism*, 39, 532-535.
- Alsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I H. Alsvåg og O. Førland (Red.). *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe AS
- Andreasson, S., Hjalmarsson, K., Rehnman, C. (2000). Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: A feasibility study. *Alcohol Alcohol* 35, 525 - 530.
- Babor, T.F, Kadden, R.M. (2005). Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: What works? *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 59 (3), 80-87.
- Barbosa de Silva, A.(Red.). (2011). *Etikk og menneskesyn i helsetjenste og sosialt arbeid* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Baxter, P., Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for novice researches. *Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Beich A., Gannik, D., Saelan, H., Thorsen, T. (2007). Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice: A pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol* 42. 593-603.
- Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and coping in Health and Illness*. California: Addison – Wesley Publishing Copany.
- Bensberg, M., Kennedy, M. (2002). A framework for health promoting emergency departments. *Health Promotion International*, 17(2), 179-187.

- Bertholet, N., Daeppen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B. (2005).  
Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care:  
Systematic review and metaanalysis. *Archives of Internal Medicine* 165, 986-  
995.
- Dahle, R. (2008). Profesjon og kjønn. I A. Molande & L.I. Terum (Red.).  
*Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlag.
- Desy, P.M., Howerd Kunz, P., Perhats, C., Li, S. (2010). Alcohol screening, brief  
intervention and referral to treatment conducted by emergency nurses: An  
impact evaluation. *Journal of emergency nursing*, 36(6), 538-544.
- Do`nofrio, G., Degutis, LC. (2002). Preventive care in the emergency department:  
screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency  
department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9(6), 627-638.
- Fjellbraaten, E.M. (2010). *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og  
sykepleiere i møte mellom reformer i spesialisthelsetjenesten*.  
(Doktoravhandling). Aalborg Universitet. Aalborg.
- Forskningsetisk bibliotek (2009). *Helsinkideklarasjonen*. Lokalisert på:  
[http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-  
retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/](http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/)
- Frøyland, K., Grimsmo, A. (2006). Rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv. *Nordisk  
alkohol & narkotikatidskrift*, 23(2-3),127-145
- Geirsson, M., Bendtsen, P., Spak, F. (2005). Attitudes of Swedish general practitioners  
and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol  
consumption. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 388-393.
- Gentilello, L., Villaveces, A., Ries, R., Nason, K., Dranciang, E., Donovan, D., Copass,  
M., Jurkovich, G., Rivara, F. (1999). Detection of acute alcohol intoxication and  
chronic alcohol dependence by trauma center staff. *The Journal of Trauma:  
Injury, Infection and Critical Care*, 47(6), 1131-1138.
- Goffmann, E. (1963). *Stigma – notes on the management of spoiled identity*. New  
Jersey: Prentice Hall.

- Goffmann, E. (2007). *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts Akademiska Forlag
- Graneheim, U.H.,Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Guassora, AD., Baarts, C. (2010). Smoking cessation advice in consultations with health problems not related to smoking? Relevance criteria in Danish general practice consultations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 221-228.
- Helsedirektoratet (2014). *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/Documents/nokkeltall.pdf>
- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Norges Lover: Lovsamling for helse - og sosialsektoren 2009-2010 (19. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen* (Meld.St.nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?regj\\_oss=1&id=567201](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?regj_oss=1&id=567201)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* (Meld.St.nr. 16 (2010-2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?regj\\_oss=1&id=639794](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?regj_oss=1&id=639794)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* (Meld.St.nr. 30 (2011-2012)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?regj\\_oss=1&id=686014](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?regj_oss=1&id=686014)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen* (Meld.St.nr. 34(2012-2013)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?regj\\_oss=1&id=723818](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?regj_oss=1&id=723818)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Oppdragsdokument*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hente fra <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/oppdragsdokument.html?id=535564>

Helsepersonelloven (2000). Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Norges Lover: Lovsamling for helse - og sosialsektoren 2009-2010 (19. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Henderson, V.A. (1998). *Sykepleierens natur – Refleksjon etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hoffmann, E. (2006). *Fylt med modsetninger. En kvalitativ intervjuundersøgelse af sygeplejerskens holdinger til patienter med alkoholmisbrug*. (Masteroppgave). Master i Klinisk Sygepleie. Institut for Folkesundhed. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Aarhus Universitet. Aarhus

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

Høie, I., Sletnes, T. (2006). *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Statusrapport fra Legeforeningen. Oslo

Indig, D., Copeland, J., Conigrave, K.M., Rotenko, I. (2008). Why are alcohol-related emergency department presentations under-detected? An exploratory study using nursing triage text. *Drug and Alcohol Review* 27, 584-590.

Indig, D., Copeland, J., Conigrave, K.M., Rotenko, I. (2009). Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *International Emergency Nursing* 17, 23-30.

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlag.



- Johansson, K., Bendtsen, P., Åkerlid, I (2002). Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism* 37(1), 38-42.
- Johansson, K., Åkerlid, I., Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors*, 30, 1049-1053.
- Kaner, E.F.S., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A., Gilvary, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary care: Attitudes and practice of English general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 559-566.
- Kaner, EF., Dickinson, HO., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., et al. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug Alcohol Review* 28, 301-323..
- Kristiansen, R. (2006). *Kartlegging av kompetanse om rusproblematikk. Kartlegging blant pedagogisk personale i offentlige barnehager, Sosial- og miljølærere i den offentlige skolen, barnevernkuratorer/- konsulenter og ledere i barnevernstjenesten, sosialkuratorer/- konsulenter og ledere i sosialtjenesten i Siljan, Porsgrunn, Stokke og Tønsberg kommuner.* Rapport, Borgestadklinikken.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende Sykepleie. Bind 1.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Krogstad, U., Hofoss, D., Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of interprofessional co-operation in hospital. *International Journal for Quality IN Health Care* 16, 491-497.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lid, G.T., Malterud, K. (2012). General practitioners strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 64-69.

- Lovi, R., Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi Study. *Contemporary Nurse*, 33(2), 166-178.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Hollnagel, H. (2008). Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 69-74.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlag.
- Martinsen, K., Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. 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.
- McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D., Hardy, V. (2011). Brief intervention for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Summaries*.
- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analyse: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage
- Mortensen, T.L., Tønnesen, H. (2004). Systematisk alkoholintervensjon på sykehus. *Ugeskrift for Læger* 38, 3284-3289.
- Nesvåg, S. (2005). *Alkohol kulturer i norsk arbeidsliv: You could be yourself, but where's the comfort in that*. (Doktoravhandling) Universitetet i Oslo. Unipub.
- Nesvåg, S., Backer-Grøndal, A., Duckert, F., Enger, Ø., Huseby, G., Kraft, P. (2007). *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering*. Rapport IRIS (2007/021). Stavanger
- Nilsen, P., Kaner, E., Babor, F.T. (2008). Brief Intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic studie on alcohol and drugs* 25, 453-467.

- Normann, L.M. (2001). *Enhetlig todelt ledelse, kraftpotensiale eller konflikt?: en deskriptiv studie av sykepleie- og legeledelse i sykehus, deres ledelsesfor og oppgaver*. (Hovedoppgave). Universitetet i Oslo. Oslo.
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF
- Nygaard, P., Pashall, MJ., Aasland, OG., Lund, KE. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol Alcohol*, 45, 207-212.
- Nygaard, P., Aasland, OG. (2011). Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: Findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol* 46, 52-60.
- Olsen, K.N., Smith, S.W., Kloss, J.S., Ho, J.D., Apple, F.S. (2013). Relationship between blood alcohol concentration and observable symptoms of intoxication in patients presenting to an emergency department. *Alcohol Alcohol*, 48 (4), 386-389.
- Olsvold, Nina (2010). *Ansvar og yrkesroller. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. (Doktoravhandling). Institutt for helse og samfunn. Universitetet i Oslo. Oslo.
- Opstad, G. (2010). *Korleis opplever pasientar i sjukehus spørsmål relater til eiga helse og livsstil – til det gode eller eit instrumentalistisk mistak?* (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger. Stavanger
- Reinholdz, H.K., Bendtsen, P., Spak, F (2011). Detection and assessment. Different methods of early identification of risky drinking: A review of clinical signs. *Alcohol & Alcoholism*, 46, (3), 283-291.
- Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, KORFOR (2013). *Task Force: Alkohol og alkohol intervensjoner i sykehus. Erfaringsdatabasen*. Upublisert manuskript presentert på HPH konferanse i Gøteborg 23. mai 2013.

- Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, KORFOR (2014). *Alkoholintervensjoner i sykehus. Ruskonsulentene – ordning ved SUS*. Årsrapport 2013. Upublisert data presentert på KORFOR den 10. april av ruskonsulentene.
- Rootman, D.B., Mustard, R., Kalia, V., Ahmed, N. (2007). Perceptions and realities of testing for alcohol and other drugs in trauma patients. *The Journal OG Trauma: Injury, Infection and critical care*, 63, 1370-1373.
- Rygh, T. (2005). *Møte med småbarnsforeldre og deres bruk av alkohol. Intervjustudie av helsesøstre*. (Hovedoppgave). Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo
- Sarjonen, ML., Raevaara, L., Haakanen, M., Tammi, T., Perakyla, A. (2006). Lifestyle discussion in medical interviews. I Heritage, J., Maynard, DW. (Red.). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. New York and Cambridge: Cambridge University Press.
- Shourie, S., Conigrave, K.M., Proude, E.m., Haber, P.S. (2007). Detection of and intervention for excessive alcohol and tobacco use among adult hospital in-patients. *Drug and Alcohol Review* 26, 127-133.
- Sosialdepartementet (2002). *Om lov om endring i lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*. (Ot.prp. nr. 3 (2002 -2003)). Oslo: Sosialdepartement. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-3-2002-2003-.html?regj\\_oss=1&id=170865](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-3-2002-2003-.html?regj_oss=1&id=170865)
- Sosialdepartementet (2003). *Om lov om endring i lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.(Rusreformen II og rett til individuell plan)*. (Ot.prp. nr. 54 (2002 -2003)). Oslo: Sosialdepartement. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-54-2002-2003-.html?regj\\_oss=1&id=173487](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-54-2002-2003-.html?regj_oss=1&id=173487)
- Sosial – og helsedirektoratet. (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet – Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. ( Rapport IS 1455). Oslo: Sosial og helsedirektoratet. Hentet fra

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet.pdf>

Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra

<http://statistikk.sirus.no/sirus/>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metode*.

Bergen: Fagbokforlag.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen:

Fagbokforlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Vareide, P.K., Hofseth, C., Norvoll, R., Røhme, K. (2001). Stykkevis og helt –

Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. SINTEF rapport STF78 A013 406. Trondheim: Unimed Helsetjensteforskning.

World Health Organization (2012).

[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/alcohol/ql/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/alcohol/ql/en/index.html)

Wåhlin, S. (2012). *Alkohol – en fråga for oss i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Yin, R.K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5.utg.). Los Angeles:

Sage.

## **Vedlegg**

### **Vedlegg 1 Intervjuguide**

#### **Intervjuguide**

##### **Ruskonsulenten.**

**Hva stod det i henvisningen du fikk?**

**Stemte det den informasjonen du fikk i henvisningen overrens med den informasjonen du fikk hos pasienten?**

**Fikk du noen annen informasjon av helsepersonell før du traff pasienten første gangen?**

**Hvis ja, stemte den informasjonen med den informasjonen du fikk etter ytterligere identifikasjon?**

**Var det noe som var annerledes med denne henvisningen eller denne pasienten om du sammenligner med andre henvisninger?**

**Hvis ja- hva var det som var annerledes?**

**Hvem henviste pasienten?**

**Er det noe mer du har lyst å ta opp eller noe du synes jeg har glemt å spørre om som du synes er viktig?**

##### **Henviser**

**Hvilken informasjon hadde du om pasienten som du henviste til ruskonsulent?**

**Hvordan og av hvem fikk du denne informasjonen?**

**Gjorde du noe for å få mer informasjon før du henviste pasienten?**

- Snakket du med pasienten?
- Snakket du med kollegaer?
- Snakket du med pårørende?
- Bad du noen annen om å snakke med pasienten?

**Hvis du selv ikke snakket med pasienten om alkohol, hvem var det som snakket med ham/henne?**

- Hvorfor?

**Om det var du som snakket med pasienten om hans/hennes alkoholvaner, hvordan kom du inn på tema alkohol med pasienten?**

**Hvilken ytterligere informasjon fikk du etter samtale med pasienten?**

**Tok du avgjørelsen om å henvise alene eller i samarbeid med andre?**

- hvis ja ,i samarbeid med andre, med hvem? Sykepleiere, lege, avdelings leder?

**Var det noe annerledes med denne pasienten enn andre pasienter som du har henvist til ruskonsulent?**

**Er det noe mer du har lyst å ta opp eller noe du synes jeg har glemt å spørre om som du synes er viktig?**

### **Første identifikasjon**

**Hvilken indikasjon hadde du på at denne pasienten kunne ha overforbruk av alkohol?**

**Hva gjorde du for å få ytterligere informasjon om pasientens alkoholvaner?**

- Snakket du med pasienten?
- Snakket du med pårørende?
- Snakket du med kollegaer?

**Hvis du selv ikke snakket med pasienten om alkohol, hvem var det som snakket med ham/henne?**

-hvorfor?

**Om det var du som snakket med pasienten om hans/hennes alkoholvaner, hvordan kom du inn på tema alkohol med pasienten?**

**Hvilken ytterligere informasjon fikk du etter samtale med pasienten?**

**Hva gjorde du med informasjonen du fikk? Henviste du pasienten til ruskonsulent?**

- Hvis nei, gav du muntlig eller skriftlig informasjon til kollegaer? I så fall til hvem gav du denne informasjonen? Hvorfor gav du informasjon til denne personen?
- Hvorfor henviste ikke du pasienten?

**Var du oppmerksom på at det kunne være alkoholmisbruk hos pasienten før du gikk inn til ham/henne?**

**Var det noe som var annerledes i denne situasjonen med denne pasienten enn ved andre tilfeller der du har hatt indikasjon på alkohol overforbruk hos pasienten?**

**Var det noen likheter med andre situasjoner der du har hatt indikasjon på alkohol overforbruk hos pasienten?**

**Er det noe mer du har lyst å ta opp eller noe du synes jeg har glemt å spørre om som du synes er viktig?**

**Intervjuguide til den som har snakket med pasienten men ikke henvist eller gjort første identifikasjon.**

**Hvorfor snakket du med denne pasienten om hans/hennes alkoholvaner?**

**Var det noen som bad deg om å snakke med pasienten om alkoholvaner?**

- hvem?

**Hvilken informasjon hadde du om pasienten sine alkoholvaner da du gikk inn til pasienten?**

**Fikk du ytterligere informasjon om pasienten sine alkoholvaner etter samtalen med pasienten?**

**Hva gjorde du med den informasjonen du fikk?**

- Gav du muntlig eller skriftlig informasjon til kollegaer?
- Dokumenterte du den informasjonen du fikk?

**Var det noe annerledes eller spesielt med denne samtalen i forhold til andre samtal om alkohol du har hatt?**

**Er det noe annet du synes er viktig eller interessant som du har lyst å fortelle?**



## Vedlegg 2 Analyseprosessen. Eksempler

RUSKONSULENTEN		
<p>"Jeg leste inntakstjournalen og der sto det at han kom inn med commotio og hadde etanol på over to. Jeg leste også en epikrise fra tre uker tilbake da han var inne med samme diagnose og promille på over to"</p>	<p>Leste journalen</p>	<p>Søker mer informasjon om pasienten før samtale</p>
<p>"Pasienten hadde vært innlagt flere ganger med typiske diagnoser som magesår, pankreatitt, anemi uten at det var koblet til alkohol tidligere. Jeg var ganske overrasket over at dette ikke var blitt tatt opp tidligere"</p>	<p>Leste journalen</p>	<p>(case 1, 2,3,4,5)</p>
<p>"Han sa selv at han hadde problem med alkohol og han ønsket hjelp. Han fortalte meg hvorfor han drakk og det var av psykiske årsaker"</p>	<p>Sier han har problem med alkohol og årsak til det (Psykiske)</p>	<p>Pasienten erkjenner overforbruk (case 1, 2, 3, 4,5) og har en psykisk eller psykososial årsak til hvorfor</p>
<p>"Jeg fikk utvidet informasjon da jeg snakket med pasienten. Hun fortalte til meg at hun drakk hver dag og erkjente overforbruket umiddelbart. Det var et misbruk av alkohol vil jeg si. Pasienten hadde også noen tanker og forklaringer på hvorfor hun drakk. Det var av både psykososiale og somatisk art"</p>	<p>Forteller at hun har overforbruk og årsak til det(Psykososiale og somatiske)</p>	<p>( case 2, 3, 4, 5)</p>

ROLLER		
Sitat	Koder	Kategorier
<i>...fordi de har jo mer erfaring enn hva sykepleierne har med å ta sånne tema. (sykepleier)</i>	<b>Sykepleier synes det er legens jobb å snakke med pasienten om alkohol.</b>	
<i>...ja det er jo sånn vi ofte gjør. Direkte henviser uten å snakke med pasienten først. (sykepleier)</i>	<b>Sykepleierne unngår å snakke med pasienten om alkohol</b>	<b>Sykepleierrollen (Case 1, 2, 5)</b>
<i>Du føler du går over grensen når du spør om alkohol og det varierer voldsomt hvem som kommer på jobb og at det er ikke så innarbeidet (sykepleier)</i>	<b>Sykepleierne synes det er vanskelig å snakke med pasienten om alkohol</b>	

SPRÅK		
Sitat	Koder	Kategorier
<i>Ser vel litt sånn ustelt ut ofte, tennene er ikke så fine, litt sånn grove trekk i fjeset, du kan ofte se det på hvordan det går.</i>	<b>Stereotyper/holdninger</b>	<b>Språk/stigma (Case 1,2,3,4,5)</b>
<i>Han innrømmet bruk av alkohol forut innleggelsen</i>	<b>Verdiladet språk</b>	

## Vedlegg 3 Godkjenning fra Personvernombud

**Fra:** Mathisen, Irene

**Sendt:** 12. november 2013 13:07

**Til:** Sandvik, Tina J; Lode, Kirsten

**Kopi:** Viste, Margot

**Emne:** Identifikasjonsprosessen av pasienter i somatisk sykehus med skjult alkoholmisbruk

Hei !

Viser til innsendt søknad om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjekt ««Identifikasjonsprosessen av pasienter i somatisk sykehus med skjult alkoholmisbruk». Personvernombudet har ingen innvendinger til at studien gjennomføres som beskrevet i prosjektplan !

Oversendes forskningsavdeling for videre behandling !

Vennlig hilsen

**Irene Mathisen**  
Spesialkonsulent

Raskere tilbake - koordinator

Personvernombud  
51 51 36 75 / 46937039  
Helse Stavanger HF  
[www.sus.no](http://www.sus.no)

## Vedlegg 4 Godkjenning fra Forskningsavdelingen



Tina J. Sandvik

Vår ref:  
2011/4660 - 55998/2013

Deres ref:

Saksbehandler:  
Kirsten Lode

Dato:  
12.11.2013

Godkjenning masterprosjekt MA24 - Tina J. Sandvik

Mastergradsprosjektet: «Identifikasjonsprosessen av pasienter i somatisk sykehus med skjult alkoholmisbruk»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA24

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjenning av REK følges
- foreligger det godkjenning fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres avidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Med vennlig hilsen



## Vedlegg 6 Følgeskriv

### Følgeskriv



Universitetet  
i Stavanger

### Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

**Tina Sandvik** er student ved Masterstudium i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Studenten har valgt å arbeide med følgende tema:

*Identifikasjonsprosessen av pasienter med skjult alkoholmisbruk i somatiske sykehusavdelinger. En kvalitativ studie om hvordan helsepersonell identifiserer skjult alkoholmisbruk blant pasienter i somatisk sykehus.*

Arbeid med masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. *Studien er godkjent:*

*12.11.2013 Irene Mathisen, Personvernombud. Stavanger Universitetssjukehus. Helse Stavanger.*

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: **Forskningsleder, Sverre Nesvåg, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest**

Arbeidet forventes slutført: vår 2014.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 13.11.2013

*Marit Alstveit*

**Marit Alstveit**  
Ph.D., Førsteamanuensis,  
Institutt for helsefag, UIS  
tlf: 51834181  
Faglig ansvarlig

**Sverre Nesvåg**  
Forskningsleder,  
KORFOR  
tlf: 90837431  
Veileder

## Vedlegg 7 Informasjonsskriv til informanter



Forespørsel til ansatte om å delta i forskningsstudie.

### "Identifikasjonsprosessen av pasienter med skjult alkoholmisbruk på sykehus"

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie hvor formålet er å innhente kunnskap om identifikasjonsprosessen for pasienter med skjult alkoholmisbruk på sykehus. Ved å intervju ansatte ønsker jeg å belyse ansattes erfaringer med temaet. Ved å få en økt forståelse og mer kunnskap om hvordan helsepersonell identifiserer pasienter med skjult alkoholmisbruk på sykehus, kan det legges tilrette for bedre rutiner og tilbud til de aktuelle pasientene og til bedre undervisning for ansatte. Funnene i studien vil jeg bruke i min mastergradoppgave som forventes fullført innen 1. juni 2014. Ansvarlig for studien er Universitetet i Stavanger.

#### Hva innebærer studien?

Studien vil omfatte tre forskjellige case med tre forskjellige pasienter. Din deltakelse i studien innebærer et intervju, der du vil få spørsmål om temaet knyttet til en konkret pasient der du på en eller annen måte har vært involvert i prosessen med å identifisere og/eller henvise vedkommende til ruskonsulent. Intervjuet vil bli utført på Stavanger Universitetssjukehus og vil ta ca 30 min.. Det vil bli benyttet lydbandopptaker under intervjuet. Dette for å sikre en nøyaktig gjengivelse av det du forteller i intervjuet.

#### Fordeler og ulemper

Det vil ikke medføre ulemper utover selve tiden avsatt til intervjuet, ved deltakelse i studien. Deltar du i studien vil du være med å dele dine personlige erfaringer rundt identifikasjonsforløpet av pasienter med skjult alkoholmisbruk. Funnene i studien vil kunne være av betydning for utvikling og kvalitetssikring av tjenesten du arbeider i og kan gi overføringsverdi til andre lignende arbeidsplasser.

#### Hva skjer med informasjonen du oppgir?

I følge Helseforskningsloven § 7, har forsker taushetsplikt og plikt til å hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til de opplysninger du avgir. Informasjonen skal kun brukes i mastergradoppgaven. All informasjon vil være anonym. Det vil ikke benyttes navn eller andre gjenkjennbare opplysninger. En kode vil knytte deg til navnelisten. Navnelisten vil bli oppbevart i låst skap på KORFOR og det er kun undertegnede som har tilgang til navnelisten og som kan knytte den tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Når studien er ferdig i juni 2014, vil all data bli slettet.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Ved deltakelse kreves det at du som deltaker skriver under samtykkeerklæring ( Helseforskningsloven § 13). Dersom du ønsker å delta, skriver du under samtykkeerklæringen på neste side. Du kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra studien. Dette vil på ingen måte berøre ditt ansettelsesforhold ved SUS. Velger du å trekke deg fra studien vil all data som er samlet in fra deg bli slettet.

Med vennlig hilsen

Tina Sandvik

Mastergradsstudent

Sverre Nesvåg

Forskningsleder, KORFOR

## Vedlegg 8 Samtykkeerklæring



### Samtykke til deltakelse

På bakgrunn av informasjon om studiens hensikt og mål og mine rettigheter som informant, er jeg villig til å delta i studien.

---

(Signert av deltaker, dato)

Jeg bekrefter at jeg har gitt informasjon om studiens hensikt og mål, samt om rettigheter til deltaker.

---

(Signert av forsker, dato)