

# Barnmorskorna och alkoholfrågan

-en utvärdering av Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt

Examensarbete i: Folkhälsovetenskap  
Nivå: Grundnivå  
Högskolepoäng: 15  
Program/utbildning: Folkhälsovetenskapliga  
programmet  
Kurskod: OFH012

Datum: 2008-06-09

Författare: Maria Nordin

Handledare: Per Tillgren

Examinator: Christina Lindholm

## SAMMANFATTNING

Levnadsvanorna påverkar befolkningens hälsa. Alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat under senare år och femton procent av de gravida kvinnorna fortsätter dricka efter de blivit med barn. Regeringen intensifierar de alkoholpreventiva insatserna genom satsning på Riskbruksprojektet. Målet är att frågan om alkohol ska etableras inom primärvården. Studier visar att om vårdpersonal tar upp alkoholfrågan, samtalar och ger råd till riskkonsumerande patienter ger detta signifikanta förändringar i alkoholbeteende. Barnmorskorna i Västmanland har utbildats i alkoholfakta och motiverande samtal för att nå målet en alkoholfri graviditet. Syftet med denna studie var att utvärdera hur barnmorskorna tillämpat utbildningen inom Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt samt identifiera möjligheter respektive hinder för barnmorskornas alkoholpreventiva arbete. Sex kvalitativa intervjuer med barnmorskor genomfördes. Analysen skedde genom meningskategorisering. Resultatet visar att utbildningen har gett kunskap i form av fakta om alkohol och riskbruk, verktyg som AUDIT och Meny Agenda samt samtalstekniken MI. Utbildningen har gett förändrade rutiner samt grundligare alkoholscreening. Barnmorskorna tar rutinmässigt upp alkoholfrågan under det tidiga hälsosamtalet med gravida. Alkoholsamtal med övriga patienter förs främst vid identifierat behov. Stöd från kollegor, preventivt inriktad sjukvård och förändringsbenägna och motiverade gravida utgör möjligheter medan förändrade alkoholvanor samt få gemensamma strategier inom vårdcentraler hindrar barnmorskornas alkoholpreventiva arbete.

Nyckelord: Alkohol, barnmorskor, MI, prevention, Riskbruksprojektet, utvärdering

## ABSTRACT

The alcohol consumption in Sweden has increased in recent years and fifteen percents of the pregnant women continue to drink after they become pregnant. This kind of life stile influences the health in the population. The government intensifies their alcohol preventive work through Riskbruksprojektet. The aim of the project is that the issue of alcohol should be implemented in the primary health care. Studies show that if care staff talks about alcohol, discusses and gives advice to risk consuming patients, this would give a significant change in alcohol behavior. The midwives in Västmanland have received alcohol education and education on motivational interviewing. This in order to reach the objective: a non-alcoholic pregnancy. The aim with this study was to evaluate how the midwives in the County of Västmanlands have applied the education and to identify possibilities and obstacles for the midwives alcohol preventive work. Six qualitative interviews with midwives were accomplished. The textual analysis was conducted through categorization. The result shows that the education has given knowledge about alcohol and risk consumption, the tools AUDIT and Meny Agenda and MI. The education has led to changed routines and a more careful alcohol screening. The midwives talks about the alcohol question routinely whit pregnant women during the early health dialogue. Discussions about alcohol with other patients are pursued mostly when need is identified. Support from colleagues, a more preventive aimed healthcare and motivated pregnant women represent possibilities. Changed alcohol habits and few common strategies within health care centre were shown as obstacles for the midwives alcohol preventive work.

Keywords: Alcohol, evaluation, MI, midwives, prevention, Riskbruksprojektet

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
<b>2.1 Alkoholkonsumtionens utveckling i Sverige</b>	<b>2</b>
<b>2.2 Alkoholens skadeverkningar</b>	<b>2</b>
<b>2.3 Nationell alkoholpolitik</b>	<b>3</b>
<b>2.4 Riskbruksprojektet</b>	<b>3</b>
2.4.1 Definition av riskbruk	4
2.4.2 Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård	4
2.4.3 Motiverande samtal – MI	5
<b>2.5 Riskbruksprojektet Västmanland</b>	<b>5</b>
2.5.1 Mödrahälsovården	7
<b>2.6 Utvärdering av hälsoinsatser</b>	<b>8</b>
2.6.1 Programteori	9
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
4 METOD OCH MATERIAL	10
<b>4.1 Utvärderingsdesign</b>	<b>11</b>
<b>4.2 Urval</b>	<b>11</b>
<b>4.3 Planering och genomförande av intervjuer</b>	<b>12</b>
<b>4.4 Analys och tolkning av intervjuer</b>	<b>12</b>
<b>4.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet</b>	<b>13</b>
<b>4.6 Etiska överväganden</b>	<b>13</b>
5 RESULTAT	14
<b>5.1 Hur barnmorskorna har tagit till sig kunskapen i utbildningen</b>	<b>14</b>
<b>5.2 Användning av kunskapen i barnmorskornas dagliga verksamhet</b>	<b>15</b>
5.2.1 Alkoholfrågan i samband med graviditet	15
5.2.2 Skillnader i alkoholprevention i samband med graviditet genom Riskbruksprojektet	17
5.2.3 Identifiering av riskbruk	17
5.2.4 Alkoholfrågan i samtal med övriga patienter	17

<b>5.3 Styrkor och svagheter i tillämpningen av kunskapen</b>	<b>18</b>
5.3.1 Nya rutiner och verktyg	18
5.3.2 Olika former av kunskap	19
5.3.3 Vid identifiering av riskbruk	20
<b>5.4 Möjligheter och hinder för tillämpning av kunskapen</b>	<b>20</b>
5.4.1 Medvetenhet och motivation	20
5.4.2 Stöd	21
5.4.3 Det fortsatta alkoholpreventiva arbetet	22
<b>6 DISKUSSION</b>	<b>23</b>
<b>6.1 Metoddiskussion</b>	<b>23</b>
6.1.1 Utvärderingsdesignen	23
6.1.2 Urvalsdiskussion	24
6.1.3 Planeringen och genomförandet av intervjuerna	24
6.1.4 Analysen och tolkningen av intervjuerna	25
6.1.5 Reliabilitet validitet och generaliserbarhet	25
6.1.6 Etikdiskussion	26
<b>6.2 Resultatdiskussion</b>	<b>26</b>
6.2.1 Alkoholfrågan ur ett folkhälsoperspektiv	26
6.2.2 Alkoholprevention i primärvården	26
6.2.3 Barnmorskor i framkant	27
6.2.4 En kombination av kunskap och ett aktivt val	28
6.2.5 Övriga fynd	30
6.2.6 Fortsatt forskning	30
<b>7 SLUTSATSER</b>	<b>31</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>32</b>
Bilaga 1: Styrgrupp och referensgrupp för Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt	
Bilaga 2: Intervjuguide	
Bilaga 3: Missivbrev till Barnmorskor	

## 1 INLEDNING

Alkohol är en levnadsvana som vanligtvis kopplas samman med socialt umgänge, middagar, högtider och andra festliga tillfällen. Dock har alkoholen en baksida som vid hög regelbunden konsumtion eller vid enstaka berusningstillfällen kan leda till både sociala, ekonomiska och medicinska problem för individen, anhöriga och samhället. I Sverige har konsumtionen av alkohol ökat kraftigt under senare år. I ett större folkhälsoperspektiv är levnadsvanor som alkohol en del av helheten. Ohälsosamma levnadsvanor utgör inte basen till ohälsa, då levnadsvanor till stor del beror på social tillhörighet och livsvillkor. Dock är det av vikt att arbeta såväl hälsofrämjande<sup>1</sup> som sjukdomsförebyggande<sup>2</sup> med befolkningens levnadsvanor inom olika arenor i samhället.

Genom Riskbruksprojektet utbildas personal inom hälso- och sjukvården för att de, i ett förebyggande syfte, ska samtala om alkohol med sina patienter. Detta kommer att beskrivas mer ingående i ett särskilt avsnitt i bakgrundsdel.

Den aktuella studien bygger på ett uppdrag att utvärdera en del inom Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt. Uppdraget bestämdes vid kontakt med en hälsoplanerare på Landstingets Folkhälsoenhet under januari år 2008. Utvärderingen avgränsades sedan vidare till att omfatta målgruppen barnmorskor i diskussion med projektgruppen i länet.

Det kanske finns en nolltolerans kring alkohol och graviditet i Sverige idag, men samtidigt finns det kvinnor som fortsätter dricka alkohol efter det att de blivit med barn. Enligt Mona Göransson, legitimerad barnmorska och doktorand vid Karolinska Institutet, överstiger cirka femton procent av alla gravida den internationellt etablerade gränsen för alkoholintag under graviditet. Det anses viktigt att samhället, genom hälso- och sjukvården, finner ett arbetssätt som kan både identifiera de kvinnor som utsätter sig själva och barnet för alkoholrelaterade risker samt ge stöd till en förändring av alkoholkonsumtionen. Därmed anses det även angeläget och intressant att, ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv, studera hur Riskbruksprojektets utbildning och metoder tillämpas inom barnmorskornas verksamhet.

Begreppsdefinitioner har genomgående redovisats i fotnoter på grund av att det anses vara enklare för läsaren att få dessa direkt i sitt rätta sammanhang. Detta då studien dels vänder sig till praktiker inom Landstinget Västmanland som ska ta del av utvärderingsresultatet.

## 2 BAKGRUND

Världshälsoorganisationen (WHO) definierade, i konstitutionen från år 1948, hälsa som ”... *ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom*” (WHO 1948). I samband med WHO:s konferens i Ottawa år 1986 betonades hälsa som en resurs i vardagslivet och som en förutsättning för mänsklig utveckling, inte som ett mål i sig (WHO 1986).

Begreppet folkhälsa uttrycker det allmänna hälsotillståndet i befolkningen. Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Socialdepartementet 2002).

---

<sup>1</sup> Hälsofrämjande – stärka det friska, förbättra hälsan i en befolkning.

<sup>2</sup> Sjukdomsförebyggande – förhindra att sjukdom och ohälsa uppkommer, målgrupperna utgörs av riskgrupper.

Hälsan i en befolkning påverkas av en mängd olika faktorer på flera nivåer i samhället. Välfärdsutveckling och fördelning av socioekonomiska förutsättningar och levnadsvillkor som arbete, utbildning, boende, socialförsäkringssystem samt hälso- och sjukvård påverkar hälsan inom och mellan grupper i befolkningen. På individnivå inverkar ålder, kön och arv samt socialt nätverk och uppväxtvillkor. Hälsan påverkas även av individens levnadsvanor som alkohol, rökning, kost och motion (Svanström & Haglund 1992).

## **2.1 Alkoholvanornas utveckling i Sverige**

Den totala alkoholkonsumtionen har ökat i Sverige från knappt sex liter per invånare över femton år, år 1998, till knappt tio liter per invånare år 2007 (SoRAD 2007). Detta är genomsnittstal och i verkligheten är konsumtionen snedfördelad, vilket innebär att tio procent av konsumenterna dricker hälften av alkoholen. Den svenska alkoholkulturen, med en måttlig hög totalkonsumtion och ett återkommande berusningsdrickande, har förstärkts på senare år och den största ökningen har skett bland unga i åldrarna 18 till 25 år samt i gruppen medelålders kvinnor (Johansson & Wirbing 2005).

Alkoholvanorna har påverkats av medlemskapet i EU samt globaliseringen. Högre införselkvoter, ökad tillgänglighet, Systembolagets längre öppettider, lägre priser och tillåtande attityder har förändrat konsumtionen och dryckesmönstret (Andréasson et al. 2001). Den ökade levnadsstandarden ökar även alkoholkonsumtionen som är starkt socialt betingad. Dessutom används alkohol som ett medel för avkoppling i dagen stressade samhälle (Johansson & Wirbing 2005).

## **2.2 Alkoholens skadeverkningar**

Alkohol orsakar medicinska, sociala och ekonomiska problem både för enskilda individer, familjer och samhälle. De medicinska skadeverkningarna orsakade av alkohol är akuta skador som våld, olyckor och rattfylleri samt kroniska som leversjukdom och vissa cancerformer. Risken för skadeverkningar för den enskilde ökar med stigande konsumtion. Måttligt drickande medför små hälsorisker men kan innebära fosterskador, ökad risk för cancer, olyckor, våld, problem från mage och tarm samt högt blodtryck. Kvinnor är i regel känsligare än män (Johansson & Wirbing 2005). För individer under 50 år medför alkohol inga positiva hälsoeffekter och om det finns positiva effekter för dem över 50 år är enligt forskningen oklart (Andréasson et al. 2001).

Regelbunden alkoholkonsumtion av ett glas vin dagligen under två veckors tid, eller berusningsdrickande två gånger efter graviditetsvecka sex medför risk för fosterskador. Alkoholkonsumtion under graviditeten ökar risken för missfall, förtidig födsel, dödfödda foster, tillväxthämning, beteendestörningar hos barnet och störningar i barnets organutveckling (Göransson 2004).

De skador som påverkar samhället och välfärden är främst indirekta och sociala i form av våld och skadegörelse, trafik- och arbetsolyckor samt påverkar relationer, familjeliv, barns uppväxtmiljö och bidrar till minskad arbetseffektivitet. Dessa konsekvenser är inte lika konkret mätbara som de rent medicinska konsekvenserna av alkohol (Andréasson et al. 2001). Samhällets alkoholrelaterade kostnader ligger på en summa mellan 20 och 100 miljarder kronor per år. I kostnaderna har då produktionskostnader, produktionsbortfall i form av dödsfall, förtidspensionering och sjukfrånvaro, vård inom sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården, egendomsskador samt förebyggande åtgärder räknats in (Johnson 2000 &

SoRAD 2006). Johnson (2000) menar vidare att 5 000 till 6 000 personer avlider i förtid varje år på grund av alkoholen samt att 70 till 80 procent av alla våldsbrott, i Sverige, är alkoholrelaterade.

Uppskattningsvis finns det omkring 900 000 personer med alkoholproblem i Sverige, av dessa har cirka 500 000 personer ett riskbeteende eller missbruk, enligt Johanson och Wirbing (2005). Det beräknas finnas omkring 300 000 personer som har ett alkoholberoende varav 50-100 000 personer har ett svårt alkoholberoende.<sup>3</sup> Alkoholberoende är en konsekvens av att under längre tid dricka riskfyllda mängder alkohol (SBU 2001).

## **2.3 Nationell alkoholpolitik**

Hög beskattning har traditionellt varit det huvudsakliga och mest effektivaste instrumentet för att begränsa alkoholkonsumtionen i Sverige. Därutöver har alkoholpolitikens linjer varit försäljningsmonopol, strikta bestämmelser för alkoholserving, åldersgränser, reklamförbud samt hård lagstiftning mot rattonykterhet. Dessutom har alkoholforskning, alkoholinformation och vård av alkoholmissbruk prioriterats. Dock har de alkoholpolitiska medlen försvagats i och med EU-medlemskapet och globaliseringen. Sverige kan inte längre självt bestämma hur beskattningen ska utformas. Som tidigare nämndes har priserna sänkts och tillgängligheten ökat både inom landet och på grund av större införsel (Andréasson et al. 2001 & SOU 2005).

År 2005 beslutade regeringen om en ny handlingsplan för det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet för perioden år 2006 till år 2010. Det alkoholpolitiska målet är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och prioriterade delmål är att åstadkomma en alkoholfri uppväxt, skjuta upp alkoholdebuten, minska berusningsdrickandet och att åstadkomma fler alkoholfria miljöer, bekämpa den illegala alkoholhanteringen samt att ingen alkohol ska förekomma i trafiken, i arbetslivet eller under graviditeten (Socialdepartementet 2005).

I ”Mål för folkhälsan” belyser målområde 11 ”Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande” vikten av att begränsa alkoholens negativa effekter (Socialdepartementet 2002). Enligt ”En förnyad folkhälsopolitik” ska insatserna intensifieras på det alkoholpreventiva området under de kommande åren, bland annat genom en ökad satsning på Riskbruksprojektet (Socialdepartementet 2008).

## **2.4 Riskbruksprojektet**

Riskbruksprojektet är ett regeringsuppdrag som startade år 2004. Statligt ekonomiska stöd fördelas via Socialdepartementet till landstingen för att utveckla metoder inom det alkoholpreventiva området. Projektet riktas främst till dem som arbetar inom primärvården och företagshälsovården och målet är att frågan om alkohol ska bli etablerad inom hälso- och sjukvården. Delprojekten på nationell nivå innefattar läkare, distriktssköterskor och mottagningsköterskor, barnhälsovårdspersonal, barnmorskor, sjukhus, företagshälsovård samt Motiverande samtal (MI). Riskbruksprojektet startade upp i samarbete med FAMMI<sup>4</sup> men togs år 2006 över av det nationella kunskapscentret Statens Folkhälsoinstitut (FHI), som nu har uppdraget att stimulera landstingens alkoholpreventiva arbete. I varje landsting,

---

<sup>3</sup> www.can.se 2008-03-08

<sup>4</sup> FAMMI – Familjemedicinska Institutet (nerlagt år 2006)

förutom Gotlands läns Landsting, pågår regionala projekt. Landstingen har valt olika modeller för sitt riskbruksarbete. Riskbruksprojektet är en del i arbetet med de alkoholpolitiska åtgärder som tas upp i den nationella handlingsplanen för alkoholförebyggande verksamhet från år 2005.<sup>5</sup>

Det finns ett vetenskapligt stöd för effekter av sekundär alkoholprevention inom sjukvården. Flertalet studier visar att om vårdpersonal tar upp alkoholfrågan, samtalar och ger råd till en högkonsumerande patient ger detta signifikanta förändringar i individers alkoholbeteende (SBU 2001). Dessutom ansåg en majoritet, mellan 75 och 90 procent, av primärvårdspatienterna i en enkätstudie att det är viktigt att hälso- och sjukvården tar upp frågor om levnadsvanor (Andréasson & Graffman 2002).

De vanligaste hindren för att ta upp alkoholfrågan med patienter, som rapporterats av vårdpersonal, är tidsbrist, svårighet att upptäcka högkonsumenter, osäkerhet om vilka råd som ska ges samt rädsla för att stöta sig med patienten. Alkohol anses även vara en känsligare fråga att diskutera än andra levnadsvanor (Brännström 2006 & Socialstyrelsen 2002).

#### 2.4.1 Definition av riskbruk

Riskbruk är ett begrepp som utvecklats av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM). ”Riskbruk är ett bruk av alkohol som är eller kan bli skadligt, men där beroende inte föreligger”.<sup>6</sup> Det är ytterst individuellt vilken mängd alkohol som utgör ett riskbruk, dock finns ett vetenskapligt exempel på vilka mängder som bör betraktas som riskfyllda att överskrida. Ur medicinsk synpunkt bör män inte dricka mer än två standardglas per dag och kvinnor inte mer än ett till ett och ett halvt standardglas per dag, eller fjorton respektive nio standardglas per vecka. Ett standardglas motsvarar tolv cl vin, trettio cl starköl eller fyra cl sprit. Allt berusningsdrickande innebär en medicinsk risk. Med berusningsdrickande menas mer än fem standardglas vid ett och samma tillfälle för män samt mer än fyra standardglas för kvinnor.<sup>7</sup>

#### 2.4.2 Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård

Riskbruksprojektets satsning har en tydlig koppling till målområde 6 i ”Mål för folkhälsan” från år 2002/2003. Målområde 6 ”En mer hälsöfrämjande hälso- och sjukvård” fokuserar på att vården ska bli mer hälsoinriktad. Enligt propositionen har hälso- och sjukvården en viktig roll i folkhälsoarbetet med den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin kompetens, kunskap och auktoritet. Målet är att ett sjukdomsförebyggande och hälsöfrämjande perspektiv ska finnas inom hela verksamheten och preventiva insatser bör integreras som en naturlig del i arbetet inom vården. Potentialen för prevention inom hälso- och sjukvården ligger främst i det vardagliga mötet med patienten och den stora kontaktytan mot hela befolkningen. Vården får därigenom möjlighet till inblick i stora delar av befolkningens levnadsförhållanden. Främst primärvården kommer i kontakt med individer innan olika former av riskbeteenden gett ett tydligt utslag i ohälsa. Primärvården träffar även återkommande samma individer vilket ger möjlighet till uppföljning. Idag sker de flesta förebyggande insatserna inom vården genom läkemedelsbehandling och det är därmed viktigt att även andra metoder och förebyggande åtgärder kan erbjudas (Socialdepartementet 2002). Om primärvården träffar 1 000 patienter om året är cirka 150 av patienterna högkonsumenter av alkohol, ytterligare drygt 150 berusar sig regelbundet och omkring 25 är alkoholberoende (Johansson & Wirbing 2005).

---

<sup>5</sup> [www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet) 2008-03-09

<sup>6</sup> [www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet) 2008-02-10

<sup>7</sup> *ibid*



### 2.4.3 Motiverande samtal - MI

MI är en evidensbaserad samtalsmetodik som har utvecklats av psykologer inom den specialiserade beroendevården. Metoden används för att motivera individer att förändra sina levnadsvanor och den har visat sig vara effektiv vid behandling av alkoholmissbruk och drogproblem samt vid ändrade kostvanor och ökad fysisk aktivitet. Enligt Miller och Rollnick (2002) bygger metoden MI på ett bottom-up perspektiv. Istället för ett top-down perspektiv där individen blir tillsagd hur den bör agera får individen möjlighet att själv komma med tankar och lösningar på det aktuella problemet. Grunden i metoden är att individens egna erfarenheter och perspektiv står i fokus. Det är även viktigt att det motiverande samtalet anpassas till var i förändringsprocessen individen befinner sig (Miller & Rollnick 2002) Detta då en förändring innebär en process som består av olika steg (Prochaska & DiClemente 1986). Metodiken i MI utgår från fyra grundpelare. Visa empati och förståelse för patientens situation, att utveckla diskrepans<sup>8</sup> genom att resonera kring beteendets negativa och positiva sidor samt att väga dem mot varandra, att följa med i patientens motstånd till en förändring och acceptera detta som en naturlig del av förändringsprocessen samt att uppmuntra och motivera till en förändring genom patientens egna argument (Barth & Näsholm 2006).

SBU (2001) jämför evidensbaserade behandlingsinsatser och menar att hjärt- och kärlproblem kan undvikas hos en av 128 medelålders patienter som behandlas med läkemedel för högt blodtryck. Medan en av tio patienter som ges rådet, exempelvis genom MI-metodik, att minska sin alkoholkonsumtion minskar sitt alkoholintag till en riskfri nivå. Forsberg (2006) menar att det finns stöd för att MI fungerar bättre än traditionell rådgivning vid förändring av levnadsvanor. Exempelvis har det visat sig att MI kan reducera alkoholkonsumtion i lika stor grad som tolvstegsprogram och kognitiv beteendeterapi (KBT). MI och rådgivning kan reducera alkoholkonsumtionen i gruppen kvinnor som dricker under graviditeten och därmed minska risken för en alkoholexponerad graviditet, både bland gravida kvinnor som definieras som högriskkonsumenter och bland dem som dricker mindre mängder (Handmaker et al. 1999 & Floyd et al. 2007).

”En ny folkhälsopolitik” tar upp MI som ett hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Det poängteras även att det är viktigt att ta reda på hur vårdpersonal som utbildas i MI använder kunskaperna och förändrar sitt sätt att samtala med patienter (Socialdepartementet 2008). Riskbruksprojektet vid FHI har en webbaserad utbildning i MI inriktad på samtal om riskbruk av alkohol (SOMRA) för personal inom hälso- och sjukvården. Denna utbildning fokuserar på hur samtalet om livsstilsförändringar ska ske och hur vårdpersonalen kan stödja patienten i att minska sin alkoholkonsumtion.<sup>9</sup>

## 2.5 Riskbruksprojektet Västmanland

Västmanlands landsting omfattar tio kommuner med Västerås som centralort. Det finns trettiosex landstingsdrivna vårdcentraler i länet som har en folkmängd på 261 391 invånare.<sup>10</sup> I Västmanland beräknas det finnas omkring 20 000 alkoholoriskkonsumenter. Det uppskattas vidare att 10 000 av dessa riskkonsumenter kommer i kontakt med primärvården under ett verksamhetsår. Primärvården beräknas kunna ”fånga upp” och ge rådgivning till 50 procent (5000 personer) av dessa genom Riskbruksprojektet. Om sedan en av tio riskindivider

---

<sup>8</sup> Diskrepans – brist på överensstämmelse mellan ord och handling

<sup>9</sup> [www.somra.se](http://www.somra.se) 2008-04-14

<sup>10</sup> [www.ltv.se](http://www.ltv.se) 2008-03-17

minskar sin alkoholkonsumtion till en riskfri nivå medför detta betydande sociala och ekonomiska effekter för individ och samhälle (Landstinget Västmanland 2007b).

Syftet med Riskbruksprojektet i Västmanland är att utveckla ett systematiskt sekundärpreventivt<sup>11</sup> arbete mot alkoholoriskbruk. Projektets visionsmål är att ett effektivt sekundärpreventivt riskbruksarbete finns integrerat i Västmanlands primärvård år 2010. Projektet avgränsas genom att enbart riktas mot personal i primärvården i Landstinget Västmanland. Arbetet ska inte inriktas mot metodutveckling i primärprevention<sup>12</sup> eller fokusera på vård vid etablerat alkoholmissbruk (Landstinget Västmanland 2007b). Arbetet i projektet leds av en styrgrupp som har det övergripande ansvaret samt av en projektgrupp, vars uppgift är att vara ett praktiskt stöd och bollplank till projektledaren, bistå med material, utredningar, sprida kunskap och skapa kontakter.<sup>13</sup> (Se bilaga 1 för styr- och projektgrupp). Riskbruksprojektets alkoholpreventiva arbete har även stöd i Västmanlands Landstingsplan för år 2008 till år 2010. Där betonas hög alkoholkonsumtion som ett viktigt ohälsoproblem att arbeta förebyggande med inom hälso- och sjukvården i länet (Landstinget Västmanland 2007c).

I november år 2005 beviljades Landstinget Västmanlands första projektansökan. Riskbruksprojektet i Västmanland har riktats mot målgrupperna ST-läkare/familjeläkare, distriktssköterskor, mödrahälsovård (MVC) och barnhälsovård (BVC). Inom Riskbruksprojektet i Västmanland har dessa målgrupper fått ta del av riskbrukskunskap/riskbruksverkstäder, alkoholfakta och MI-utbildning.<sup>14</sup>

Sextio läkare fick under år 2006, eller tidigare, utbildning i riskbruk av alkohol i form av Riskbruksverkstäder. Under år 2007 utbildades nitton läkare i MI. Distriktssköterskorna hade tre utbildningstillfällen med fokus på riskbruk av alkohol under år 2006. Under år 2007 utbildades sju ton distriktssköterskor i riskbrukskunskap. Under år 2006 genomfördes en utbildning med fokus på barns tankar om alkohol inom BVC. Under år 2007 utbildades trettio två av BVC:s sjuksköterskor i MI. Utöver detta så utbildades, under år 2007, största delen av vårdpersonalen på två vårdcentraler i länet i MI. Dessutom har sju ton personer utbildats till resurspersoner i MI för landstingets räkning, genom FHI, år 2007. Detta för att landstinget ska kunna bli självförsörjande på lärare i MI, då projektiden är över<sup>15</sup> (Landstinget Västmanland 2007b).

Under år 2006 uppgick de finansiella medlen till 700 000 kronor och under år 2007 till 800 000 kronor. Av pengarna har cirka 100 000 kronor fördelats till respektive målgrupp, 100 000 kronor har gått till MI-utbildning och kvarvarande har gått till övriga utgifter.<sup>16</sup> Riskbruksprojektets intressenter i Västmanland är verksamheten inom det länspolitiska alkoholprogrammet vilket innebär Länsstyrelsen, Polismyndigheten och Västmanlands Kommuner och Landsting (VKL). Till projektets intressenter hör även närsjukvårdsledningen, vårdcentraler, folkhälsoenheten, FHI som extern finansiär samt landstingets sjukvårdsutskott.<sup>17</sup>

---

<sup>11</sup> Sekundärprevention – tidiga insatser för att reducera riskfaktorer och undvika ohälsa

<sup>12</sup> Primärprevention – förhindra att sjukdom eller ohälsa uppträder

<sup>13</sup> Muntlig kommunikation Jan Larsson Hälsoanalytiker Folkhälsoenheten Landstinget Västmanland 2008-02-14

<sup>14</sup> Muntlig kommunikation Hanna Nordstrand Projektledare Riskbruksprojektet Västmanland 2008-03-11

<sup>15</sup> Skriftlig kommunikation Hanna Nordstrand Projektledare Riskbruksprojektet Västmanland 2008-05-14

<sup>16</sup> Muntlig kommunikation Hanna Nordstrand Projektledare Riskbruksprojektet Västmanland 2008-03-11

<sup>17</sup> Skriftlig kommunikation Jan Larsson Hälsoanalytiker Folkhälsoenheten Landstinget Västmanland 2008-04-16

En utvärderingsplan togs fram, för utvärdering av Riskbruksprojektet i Västmanland, under projektets inledande år (Tirkkonen 2005). Denna lades åt sidan då det kom direktiv från projektet nationellt om att en riksomfattande utvärdering skulle täcka även på lokal nivå. Dock har ingen utvärdering på riksnivå skett ännu och i Västmanland saknades en lokal baslinjeundersökning hösten år 2007, då det åter blev aktuellt att genomföra en lokal utvärdering på grund av nya direktiv till landstinget.<sup>18</sup>

### 2.5.1 Mödrahälsovården

Riskbruksprojektet för mödrahälsovården i Västmanland ska stödja och utveckla barnmorskornas alkoholpreventiva arbete och i fokus står det ofödda barnets hälsa. I Västmanland finns totalt tjugosex barnmorskemottagningar och femtioen barnmorskor. Under projektåret 2006 genomfördes en tvådagarsutbildning inom MVC, för att skapa en faktagrund för personalen inför det fortsatta alkoholpreventiva arbetet. Utbildningen innehöll information om AUDIT<sup>19</sup>, Meny Agenda<sup>20</sup>, fakta om alkohol och graviditet samt hur barnmorskan kan ta upp frågan om alkohol med gravida kvinnor. Trettiofyra av fyrtiosju inbjudna barnmorskor deltog. År 2007 skedde en uppföljning genom att barnmorskorna samlades i mindre grupper för att diskutera rutinförändringar, förändringar i form av att införa tidiga hälsosamtal<sup>21</sup> med gravida kvinnor och användning av AUDIT. Dessutom erbjöds ytterligare en halvdagsutbildning med repetition av alkoholfakta, information om hur ett tidigt hälsosamtal kan genomföras samt en introduktion till MI. Trettiosju av fyrtiosju inbjudna barnmorskor deltog.<sup>22</sup>

Under år 2007 var målet att alla barnmorskor skulle ha infört tidigt hälsosamtal, att två tredjedelar av barnmorskorna skulle ha kommit igång med AUDIT och att samtliga barnmorskor skulle ha blivit erbjudna utbildning i MI. Under året infördes tidiga hälsosamtal och AUDIT började användas som rutin av länets samtliga barnmorskor.<sup>23</sup> Det har dessutom arbetats fram en vårdplan för alkohol och graviditet, ett flödesschema för tolkning och handläggning av AUDIT samt att en kartläggning av instanser att hänvisa gravida kvinnor till vid alkoholproblem, i länets kommuner.<sup>24</sup>

Under år 2007 genomfördes en utbildning i MI för fyrtiofyra, det vill säga 84 procent, av femtio inbjudna barnmorskor. Utbildningen hölls i internatform, uppdelat på två tillfällen som var en och en halv dag vardera i november och december månad.<sup>25</sup> Utbildningen fokuserade på metodikens fyra grundpelare - visa empati, utveckla diskrepans, följa med i motstånd och att uppmuntra till förändring, som tidigare nämnts (Barth & Näsholm 2006). Mer specifikt innehöll utbildningen hur barnmorskorna kan samtala med sina patienter om alkohol genom MI, vilket innebär att ställa öppna frågor för att sedan be om lov om att få berätta om alkohol. Om ett riskbruk identifieras kan barnmorskan genom öppna frågor och ett aktivt lyssnade

---

<sup>18</sup> Muntlig kommunikation Jan Larsson Hälsoplanerare Folkhälsoenheten Landstinget Västmanland 2008-02-14

<sup>19</sup> AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test. Frågeformulär om alkoholvanor avsett för tidig upptäckt av skadligt drickande, framtaget av WHO

<sup>20</sup> Meny Agenda – hjälpmedel vid samtal om livsstil, bild med ringar innehållande olika levnadsvanor

<sup>21</sup> Tidigt hälsosamtal - erbjuda en tid inom en vecka då kvinnan först ringer, vilket innebär en träff i vecka fem-sex istället för i vecka tio-tolv

<sup>22</sup> Muntlig kommunikation Anita Pfeiffer Samordningsbarnmorska/representant i projektgruppen Riskbruksprojektet Landstinget Västmanland 2008-03-11

<sup>23</sup> Skriftlig kommunikation Anita Pfeiffer Samordningsbarnmorska/representant i projektgruppen Riskbruksprojektet Landstinget Västmanland 2008-04-16

<sup>24</sup> Muntlig kommunikation Anita Pfeiffer Samordningsbarnmorska/representant i projektgruppen Riskbruksprojektet Landstinget Västmanland 2008-03-11

<sup>25</sup> Ibid

reflektera över patientens tankar, vara följsam vid motstånd och bekräfta patienten. Sedan motivera och stödja förändring av alkoholvanor eller andra livsstilsförändringar genom att ta tillvara patientens egna argument<sup>26</sup> (Barth & Näsholm 2006). En uppföljningsdag av MI-utbildningen erbjöds i mars år 2008. På denna deltog trettiofem av femtio inbjudna barnmorskor.<sup>27</sup>

Under år 2008 planeras ett ökat samarbete mellan MVC och BVC inom projektet, då dessa målgrupper går hand i hand. Dock valdes det i inledningsskedet av projektet att dela upp dessa målgrupper för att specifikt kunna fokusera på en alkoholfri graviditet bland barnmorskorna och koncentrera mer på barns tankar kring alkohol inom BVC.<sup>28</sup>

## 2.6 Utvärdering av hälsoinsatser

Utvärdering innebär att göra en noggrann och systematisk efterhandsbedömning av en pågående eller avslutat insats. Detta för att kunna ge fortsatt vägledning och beslutsunderlag. Utvärderingar görs för att undersöka om mål har uppfyllts och om de metoder som har använts är effektiva. Utvärderingar kan studera en insats process och/eller effekter på kort eller lång sikt (Vedung 1998).

En hälsofrämjande eller förebyggande insats är komplex och innehåller sällan endast en punktinsats med ett tydligt efterföljande utfall. Istället innefattar hälsoinsatser en process vars effekter ofta ska ses i ett långt tidsperspektiv. Vid utvärdering av denna form av insatser kan detta medföra svårigheter att härleda olika effekter långt fram i tiden till den exakta insatsen. Dock är utvärdering av hälsoarbete viktigt. Dels för att ta tillvara kunskap om strategier och metoder som fungerar och sprida dem vidare, dels för att ge vägledning vid beslut samt för att ge tyngd åt hälsofrämjande och förebyggande insatser vid fördelning av ekonomiska medel mellan olika samhällsliga insatser. Utvärderingen av hälsoinsatser bör redan planeras in i inledningsskedet av en insats och vara flexibel för att kunna fånga in väntade och oväntade utfall, både närliggande och de som kommer längre fram i tiden (Springett 2001 & Nutbeam 1998).

Utvärdering av ett program innebär en systematisk efterhandsbedömning av en pågående och planerad intervention som syftar till att uppnå vissa mål, som ett utslag av ett problem. En programutvärdering studerar och bedömer det som genomförts i programmet (Fitzpatrick et al. 2004).

---

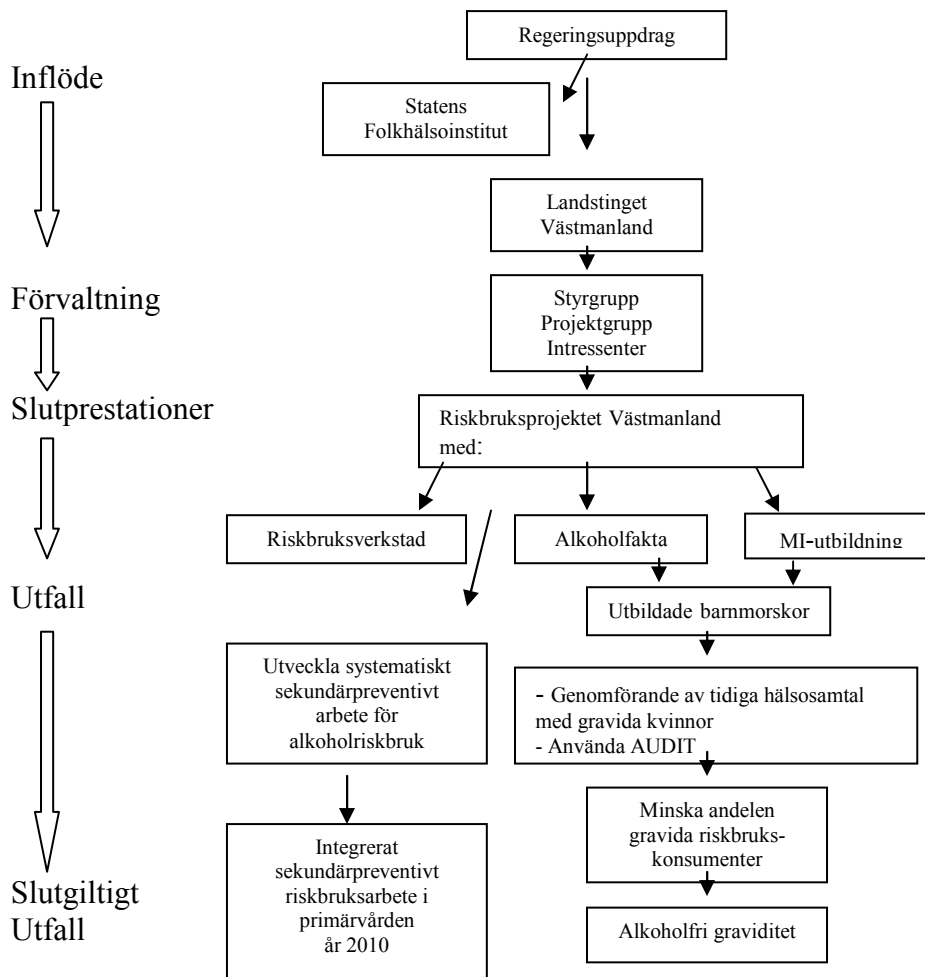
<sup>26</sup> [www.somra.se](http://www.somra.se) 2008-04-15

<sup>27</sup> Muntlig kommunikation Anita Pfeiffer Samordningsbarnmorska/representant i projektgruppen Riskbruksprojektet Landstinget Västmanland 2008-03-11

<sup>28</sup> Ibid

## 2.6.1 Programteori

En programteori är ett redskap som ger en övergripande schematisk presentation av ett program eller projekt. Programteorin beskriver förbindelserna mellan inflöde, förvaltning, slutprestationer, utfall och slutgiltigt utfall samt identifierar syfte och mål (Vedung 1998 & McLaughlin & Jordan 1998). En programteori över målgruppen barnmorskor i Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt har utformats.



Figur 1. Programteori över målgruppen barnmorskor i Riskbruksprojektet Västmanland (Källa: Omarbetad efter Vedung 1998).

Som tidigare beskrivits, under bakgrundsrubrikerna 2.4 och 2.5, kommer inflödet från Regeringsuppdraget år 2004, Socialdepartementet som fördelar ekonomiskt stöd till Landstingen, FHI med övergripande ansvar på nationell nivå<sup>29</sup> samt från Landstinget Västmanland. Förvaltningen i Västmanlands Riskbruksprojekt består av styrgrupp, projektgrupp och intressenter. Slutprestationen innebär Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt med Riskbruksverkstad, Alkoholfakta och MI-utbildning för målgrupperna ST-läkare/familjeläkare, distriktssköterskor, MVC och BVC (Landstinget Västmanland 2007b).

Utfallet för målgruppen barnmorskor innebär utbildning inom Alkoholfakta och MI. Målet med utbildningen är att barnmorskorna ska genomföra tidiga hälsosamtal med gravida

<sup>29</sup> [www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet) 2008-03-09

kvinnor och att de tar upp alkoholfrågan genom att använda AUDIT. Detta ska i sin tur leda till att minska andelen kvinnor som konsumerar alkohol under graviditeten. Det slutgiltiga målet/utfallet är en alkoholfri graviditet.<sup>30</sup>

Det övergripande syftet med hela Västmanlands Riskbruksprojekt är att utveckla ett systematiskt sekundärpreventivt arbete för alkoholoriskbruk. Projektets visionsmål är att ett effektivt sekundärpreventivt riskbruksarbete finns integrerat i Västmanlands primärvård år 2010 (Landstinget Västmanland 2007b).

### 3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att utvärdera hur barnmorskorna tillämpat utbildningen inom Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt samt identifiera möjligheter respektive hinder för barnmorskornas alkoholpreventiva arbete.

Frågeställningar:

- På vilket sätt har barnmorskorna tagit till sig kunskapen i utbildningen?
- Hur används kunskapen för alkoholprevention i den dagliga verksamheten, i barnmorskornas möte med patienten?
- Vilka inre styrkor respektive svagheter finns i tillämpning av kunskapen i utbildningen inom verksamheten för barnmorskorna?
- Vilka yttre möjligheter respektive hinder finns för det alkoholpreventiva arbetet inom barnmorskornas verksamhet?

### 4 METOD OCH MATERIAL

Utvärderingsuppdraget bestämdes under december år 2007 och januari 2008 genom kontakt, via mail och telefon, med en hälsoplanerare på Landstinget Västmanlands Folkhälsoenhet. Bakgrundsfakta om ämnet och projektet har inhämtats genom böcker, artiklar, rapporter och via hemsidor på Internet. För att bli mer insatt i Riskbruksprojektet har det deltagits i ett nationellt utvärderingsseminarium för Riskbruksprojektet samt en nationell Riskbruksprojektkonferens. För att få material om Västmanlands Riskbruksprojekt har det deltagits i möten med projektgruppen samt med projektledare och samordnade barnmorska. Informationsutbyte har även skett via mail- och telefonkontakt med projektledare, samordnade barnmorska och hälsoplanerare på Landstingets Folkhälsoenhet.

Utvärderingen har avgränsats till att studera målgruppen barnmorskor i Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt. Denna avgränsning gjordes på grund av omfånget på projektet, det ansågs vara realistiskt att inrikta utvärderingen på en målgrupp med tanke på den tid som fanns att tillgå. Just den yrkesgruppen inom primärvården valdes, i samråd med projektgruppen, på grund av att barnmorskorna ansågs vara den målgrupp som kommit längst i sitt arbete inom projektet i Västmanland. Utvärderingen är förankrad i både projekt- och arbetsgrupp. Syfte och frågeställningar har formulerats med utgångspunkt i den fakta, om Riskbruksprojektet för den aktuella målgruppen, som framkommer i bakgrunden. Möten och kommunikation med inblandade i projektet bidrog till en förståelse. Vilken gjorde att det, i frågeställningarna, gick att utgå ifrån att barnmorskornas arbetssätt inom alkoholområdet har

---

<sup>30</sup> Skriftlig kommunikation Anita Pfeiffer Samordningsbarnmorska/representant i projektgruppen Riskbruksprojektet Landstinget Västmanland 2008-04-16

förändrats genom Riskbruksprojektet. Därmed kunde frågorna fokusera på hur, istället för om kunskapen tillämpats. De två sista frågeställningarna har modifierats under arbetets gång.

#### **4.1 Utvärderingsdesign**

Sex steg för programutvärdering, som rekommenderas av Fitzpatrick med flera (2004), har legat till grund för utformningen av utvärderingsarbetet. Stegen innefattar identifiering av utvärderingen, datainsamling, sammanställning av insamlad data, analys av insamlad data, rapportering samt spridning av utvärderingsresultat. Den bakomliggande programteorin har varit en utgångspunkt i utvärderingsarbetet.

Kvalitativ metod, i form av intervjuer, har använts som datainsamlingsmetod under utvärderingen. Detta för att kunna ta del av barnmorskornas synpunkter på Västmanlands Riskbruksprojekts utbildning, hur de tillämpar den i sitt arbete samt styrkor, svagheter, hinder respektive möjligheter. Enligt Kvale (1997) söker kvalitativ metod djupare och mer detaljerad respons och kunskap om människors livsvärld, upplevelser, erfarenheter, uppfattningar och perspektiv.

Denna utvärdering har inte värderingskriterier i mätbara termer, då den genomförts med kvalitativ metod och barnmorskornas subjektiva upplevelser varit av huvudintresse. Enligt Fitzpatrick med flera (2004) innebär utveckling av värderingskriterier att bestämma vilka kriterier som ska användas för att bedöma och värdera utvärderingsresultatet. Dessa kriterier utgör utgångspunkten för vad som ska anses vara ett lyckat och värdefullt resultat eller inte. De kriterier som har använts vid bedömning av utvärderingsresultatet är barnmorskornas subjektiva uppfattningar om utbildningen och tillämpningen av kunskapen. Enligt Karlsson (1999) kan en subjektiv bedömning utgå från en individs åsikt om hur någonting är eller bör vara.

Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekts projektgrupp och styrgrupp ska få ta del av utvärderingsresultatet. Dessutom bör utvärderingen även spridas till målgruppen barnmorskor som den representerar samt till projektets intressenter. Enligt Fitzpatrick med flera (2004) är det viktigt att resultatet sprids när utvärderingen är genomförd och att det har planerats för hur spridningen ska ske samt vilka som ska ta del av det.

#### **4.2 Urval**

De barnmorskor som valdes ut till intervjuerna har fått utbildning i alkoholfakta, MI samt uppföljning av MI-utbildningen genom Lanstinget Västmanlands Riskbruksprojekt. Detta var ett grundläggande kriterium för att barnmorskorna skulle vara aktuella för att delta i denna utvärdering. Av totalt trettio barnmorskor, från både privata och offentliga vårdcentraler, som fått denna utbildning intervjuades sex barnmorskor. Detta då det tidsmässigt, inom ramen för uppdraget, inte var möjligt att genomföra intervjuer med samtliga. Listan på de aktuella barnmorskorna erhöles från Landstinget Västmanlands samordnande barnmorska. I urvalet togs det även hänsyn till var i länet barnmorskornas vårdcentral är belägen, för att få en spridning mellan kommunerna i länet. Intervjuerna utfördes i sex olika kommuner i Västmanland. Totalt kontaktades tjugofyra barnmorskor via mail och telefon. I inledningsskedet var avsikten att få till stånd åtta intervjuer. Detta kunde dock inte genomföras på grund av barnmorskornas tillgänglighet och arbetsbelastning samt att ett antal barnmorskor även blev uttagna i den pågående vårdkonflikten, under tiden för utvärderingen.

### **4.3 Planering och genomförande av intervjuer**

En halvstrukturerad intervjuguide (se bilaga 2) utformades för att kunna besvara de övergripande frågeställningarna i intervjuerna. Intervjuguiden ger en ram och tar upp de ämnen som ska beröras under intervjun. Intervjuguiden kan även innehålla en rad utformade exempel på frågor som kan ställas till intervjupersonen. En halvstrukturerad intervju innebär att intervjuguiden innehåller en översikt på det som ska tas upp under intervjutillfället och förslag på frågor. Dock är inte ordningsföljden på frågorna förutbestämd utan intervjuaren kan avgöra upplägget och komma med följdfrågor under tiden (Kvale 1997). Intervjuguiden byggdes upp utifrån teman, med inledningsfrågor och nyckelfrågor som ansågs centrala att få besvarade. En pilotintervju med en barnmorska genomfördes för att testa intervjuguiden, bandspelare samt för att vara väl förberedd inför de kommande intervjusituationerna. Intervjuguiden kom sedan att ändras något efter den nämnda pilotintervjun samt efter bearbetning av de första intervjuerna. Några frågor formulerades om och några andra frågor, som bedömdes vara relevanta för studien, lades till. Enligt Patel och Davidson (2002) genomförs pilotstudier för att testa en datainsamlingsmetod eller ett visst upplägg. Pilotstudien bör utföras på någon person som är relevant för studien.

Innan barnmorskorna kontaktades för intervju mailades information om utvärderingen till de ansvariga på vårdcentralerna. Ett missivbrev (se bilaga 3) utformades och därefter kontaktades de utvalda barnmorskorna via mail och telefon för att boka in intervjuer. Missivbrevet ska innehålla all den information som är relevant för intervjupersonerna enligt Patel och Davidson (2002). Intervjuerna var mellan trettio minuter och en timme långa. Intervjuerna hölls i en ostörd lokal på respektive vårdcentral där barnmorskorna arbetar. Att intervjupersonerna känner sig trygga i den miljön där intervjuerna genomförs samt att störningsfaktorer i så hög grad som möjligt elimineras är viktigt enligt Carlsson (1991). Samtliga intervjuer spelades in. Enligt Kvale (1997) kan intervjupersonerna känna sig hämmade eller besvärade om intervjuerna spelas in, vilket det bör tas hänsyn till. Samtidigt underlättar inspelningen analysarbetet och gör datainsamlingen mer trovärdig, dessa fördelar ansågs väga upp att intervjupersonerna eventuellt skulle känna sig hämmade. I samband med varje intervju fördes anteckningar om hur intervjusituationen upplevdes och fungerade.

### **4.4 Analys och tolkning av intervjuer**

Samtliga inspelade intervjuer lyssnades igenom och skrevs ut ordagrant. Inspelningarna och de utskrivna texterna utgjorde sedan analysmaterialet, även fältanteckningarna användes som stöd. De sex transkriberade intervjuerna utgjorde sammanlagt femtio A4-sidor text. Analysen skedde genom meningskategorisering, vilket innebär att intervjutexterna kodas i kategorier (Kvale 1997). Analysen startades upp efter varje enskild intervju. De transkriberade intervjuerna kodades i ett flertal koder som sammanställdes i kategorier med utgångspunkt i studiens frågeställningar.

Vid analys och tolkning av de två sista frågeställningarna har analysmetoden SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) använts. SWOT-analysen innebär att identifiera styrkor, svagheter, möjligheter samt hinder och denna kan användas som ett hjälpmedel i analys av data. SWOT-analysen kan även delas upp i dåtid och framtid samt inre och yttre påverkan (Minkler 2005). Analysen av styrkor och svagheter, vid tillämpningen av kunskapen för barnmorskorna, avser inre styrkor och svagheter med tillämpningen. Vid analys av möjligheter och hinder för det alkoholpreventiva arbetet har yttre faktorer som påverkar beaktats. Vid analys av materialet återfanns även återkommande synpunkter som inte kunde



härledas till någon specifik frågeställning. Dessa övriga fynd har ändå valts att lyftas fram i diskussionsavsnittet då de anses vara viktiga för helhetsbilden.

#### **4.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet**

Reliabiliteten i en studie avser att undersökningen utförs på ett trovärdigt sätt medan god validitet innebär att undersökningen studerar det den avser att studera. Dessa begrepp tillämpas dock på ett annat sätt i kvalitativa studier än i kvantitativa, där resultaten är mer mätbara. Kvalitativa studier är inte heller reproducerbara på samma sätt som kvantitativa då ingen annan forskare förmodligen kan få tillgång till exakt samma material. Kvalitativa studier ska vara rimliga och ha överrensstämmelse med den verklighet som studeras och forskarens förståelse och tillvägagångssätt bör redovisas noggrant för att studien ska vara trovärdig (Trost 1993). Hög kvalitet på intervjuaterialet kräver att intervjupersonen verkligen pratar om det som är avsett att studera samt ger rika och omfattande svar. Bandinspelning och ordagrann utskrift av intervjuerna ger även det en högre trovärdighet. För att stödja och styrka resultatet i den egna studien kan även liknande resultat i andra sammanhang sökas (Kvale 1997). Tillvägagångssättet vid genomförandet av samtliga intervjuer och transkriberingar av de inspelade intervjuerna skedde på samma sätt.

Kvalitativa studier syftar inte till att generalisera resultatet på samma sätt som kvantitativa studier, utan till att bidra med ytterligare, djupare kunskap och förståelse samt teorier att bygga vidare på i fortsatt forskning (Kvale 1997).

#### **4.6 Etiska överväganden**

Nedan följer först en förklaring av de forskningsetiska principerna samt hur de tillämpats i denna utvärdering: informationskravet, innebär att forskaren ska informera de som berörs av, eller deltar i, studien om dess syfte samt vilka villkor som gäller för att delta i studien (Vetenskapsrådet 2002). Intervjupersonerna informerades muntligt vid den första kontakten per telefon och/eller skriftligen i missivbrevet och återigen muntligt vid intervjutillfället om utvärderingens syfte, att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. Samtyckeskravet, innebär att deltagarna själva har rätt att bestämma över sin medverkan i studien. Forskaren ska därmed få deltagarnas samtycke (Vetenskapsrådet 2002). Intervjupersonerna tillfrågades om de ville delta i utvärderingen och gav sitt samtycke vid den första telefonkontakten då intervjutillfället bokades in. Konfidentialitetskravet, innebär att uppgifter om deltagarna i studien ska behandlas med sekretess så att personuppgifter inte kan identifieras och det ska inte gå att härleda information i studien till en viss uppgiftslämnare. Det ska även vara omöjligt för utomstående att komma åt dessa uppgifter (Vetenskapsrådet 2002). Intervjupersonerna informerades muntligt och skriftligt om att personuppgifter och allt som sägs under intervjun kommer behandlas anonymt. Nyttjandekravet, innebär att det materialet som samlas in endast får användas för det aktuella studieändamålet (Vetenskapsrådet 2002). Vid telefonkontakt, i missivbrev och vid intervjutillfället klargjordes det för intervjupersonerna att det material som samlas in under intervjuerna inte kommer användas till något annat än till den aktuella utvärderingen.

Vid utvärderingar av program och projekt är det viktigt att ta hänsyn till de etiska dilemman som kan uppstå. Utvärderaren ska förmedla det som kommer fram i undersökningen, såväl positivt som negativt. Svårigheten i detta är att det kan vara känsligt att framföra kritik som kan påverka de inblandade i projektet och få konsekvenser för den målgrupp som utvärderingen representerar. Utvärderaren kan även känna press från uppdragsgivaren att

redovisa ett positivt utvärderingsresultat och det kan därmed vara känsligt om resultatet visar på något annat än vad uppdragsgivaren hoppats på och att det då finns risk för att inte detta sprids vidare. Utvärderaren bör även förhålla sig objektiv i förhållande till både utvärderingen och projektet (Fitzpatrick et al. 2004).

## 5 RESULTAT

I detta avsnitt följer en redovisning av resultatet från de genomförda intervjuerna med barnmorskor i Landstinget Västmanland med frågeställningarna som utgångspunkt.

### 5.1 Hur barnmorskorna har tagit till sig kunskapen i utbildningen

Samtliga intervjupersoner är övervägande positiva till innehållet i den utbildning de gått genom Riskbruksprojektet och dess upplägg. Utbildningens delar har varit nivåanpassade med både teoretiska och praktiska inslag.

*... ”jag tycker att det var jättebra föreläsare, väldigt bra fakta ... och bra instrument som vi fick, det här AUDIT-formuläret och tips på liksom hur vi ska öppna samtalet om alkoholfrågor”... (IP 1)*

Utbildningen gav delvis ny kunskap att ta stöd av i barnmorskornas arbete, särskilt beträffande verktyg som exempelvis MI, AUDIT och Meny Agenda. Samtidigt är flera av intervjupersonerna överens om att alkoholfrågan och faktakunskapen i sig inte är någonting nytt. Det är snarare så att utbildningen gav mer struktur, nya infallsvinklar och en bredare kunskapsgrund att stå på i ett redan pågående alkoholpreventivt arbete. Barnmorskorna har under många år frågat gravida kvinnor om deras alkoholvanor, men inte lika grundligt som nu efter utbildningen. Barnmorskorna har dock inte fått denna form av specifik utbildning inom alkoholområdet tidigare, förutom informationen under grundutbildningen till sjuksköterska och barnmorska.

*... ”ny fakta tycker jag inte direkt, för det här är ju något som jag som barnmorska har hört talas om länge. Det stora bruket av alkohol kan medföra väldigt stora skador på barnet med hjärnskador och speciellt utseende, så det tycker jag ju att det har jag känt till och sen även att man har vetat om att kvinnor idag dricker på ett helt annat sätt än vad kvinnor gjorde bara en generation tillbaka”... (IP 5)*

Alkoholfrågan har fått en större plats i arbetet och utbildningen bidrog till att frågan blev belyst på ett annat sätt än tidigare genom MI. Intervjutekniken var inte helt ny, då barnmorskor generellt alltid har frågat och samtalat mycket med sina patienter. Men MI ger ett annat sätt att samtala kring alkoholfrågan och barnmorskan har lärt sig att vara tyst och vänta in patienten. Flera av intervjupersonerna berättar att de upplever sig ha den kunskapen som krävs för att ge information och samtala om alkohol med de blivande föräldrarna och att de känner sig trygga med att ta upp alkoholfrågan. Samtliga intervjupersoner uttrycker dessutom att det går att påverka alkoholkonsumtionen genom att samtala och ställa frågor om alkohol. Utbildningen gav även att barnmorskorna fick tänka mer på och ta ställning själva kring alkoholfrågan. Dock berättar en av barnmorskorna att den faktakunskap som utbildningarna bjöd var motsägelsefull i några avseenden. Dessutom uttrycker en annan att uppföljningen på MI-utbildningen var lik den första delen av utbildningen, att det var samma saker om igen och att den borde ha varit upplagt på ett annat vis.

## 5.2 Användning av kunskapen i barnmorskornas dagliga verksamhet

### 5.2.1 Alkoholfrågan i samband med graviditet

Samtliga intervjuade tar upp alkoholfrågan med alla gravida kvinnor under det första tidiga hälsosamtalet. De uttrycker att det finns rutiner för hur frågan tas upp, även om det inte sker på samma sätt med samtliga. Det går att komma in på alkohol genom olika metoder. Det poängteras dock att alla gravida alltid får information om alkohol. Flera av intervjupersonerna berättar att Riskbruksprojektet har fört med sig att rutinerna för inskrivning av gravida har förändrats. Detta för att barnmorskorna ska kunna identifiera ett eventuellt riskbruk så tidigt som möjligt. Tidigare blev kvinnan inte inskriven förrän mellan graviditetsvecka nio och tolv. Nu erbjuds som regel ett tidigt hälsosamtal inom en vecka från det att kvinnan ringer till vårdcentralen. Detta innebär att inskrivningen kan ske redan mellan vecka fem och åtta för att sedan följas upp med ett samtal, två till fyra veckor senare, som mer fokuserar på blodprov, blodtryck, tidigare sjukdomar och journalförning. De flesta gravida vill även komma så tidigt som möjligt till barnmorskan. Eventuellt att omföderna inte alltid är lika motiverade att komma på det tidiga hälsosamtalet.

*... ”tidigare så hade vi ett inskrivningssamtal där man liksom öser på med rubbet, där informerar man om allt... och det blir ju lätt lite mycket om man kommer som förstagångsförälder och är jätteorolig och funderar på det här med bebis i magen och så får man om nikotin och alkohol och tabletter och kost ... men nu har vi delat upp det på två inskrivningstillfällen, där man har ett livsstilssamtal på en halvtimme först och då lägger vi väldigt mycket vikt på alkohol”... (IP 3)*

Samtliga intervjupersoner använder sig av AUDIT-formuläret då alkoholfrågan tas upp med de gravida kvinnorna. Med AUDIT screenas hur kvinnans alkoholkonsumtion såg ut tre månader innan graviditeten, för att få en så sann bild som möjligt av kvinnans alkoholvanor. Dock uttrycker en av de intervjuade att AUDIT inte lämnas ut till de kvinnor som barnmorskan sedan tidigare vet inte brukar någon alkohol. Samtliga barnmorskor är överrens om att AUDIT underlättar då frågan ska tas upp, ger mycket värdefull information på ett tidigt stadium om kvinnans alkoholvanor samt är ett bra verktyg att utgå ifrån om frågan behöver diskuteras vidare. Flera av intervjupersonerna berättar att de brukar fråga om det är okej för kvinnan att fylla i AUDIT och om mannen deltar i det tidiga hälsosamtalet får även han fylla i formuläret.

*... ”ibland faller det sig ju väldigt naturligt att prata om deras gemensamma liv liksom och det här att bli förälder, för det är ju det som det handlar om och inte bara om hur man super under graviditeten”... (IP 2)*

Enligt flera intervjupersoner får kvinnan/paret fylla i AUDIT ostört medan barnmorskan skriver någonting på datorn eller lämnar rummet en stund. Barnmorskan summerar därefter poängen i det ifyllda formuläret för att se hur det fortsatta samtalet ska läggas upp. Flera av barnmorskorna för sedan samtalet vidare med hjälp av MI och genom att ställa öppna frågor till kvinnan om alkohol och graviditet.

*... ”sen så frågar jag då, vad vet du om alkohol och bebis i magen? Så att man får en liksom en öppen diskussion lite grann. Och då, då kommer man ju ofta in på då att nej, nej det är ju inte bra. Nej, det är inte bra, vad är det som inte är bra med det då? Så att de får berätta för mig mera, sen frågar jag... är det okej att jag får berätta det jag vet?”... (IP 3)*

*... ”vi kanske har haft lite för mycket information, vi vill gärna förmedla informationen istället för att lugna ner och få dem på den här nivån där de kanske ger oss svaren. Det är en viktig del i vårt arbete*

*att vi ska informera om det här och det här... det är mycket saker som vi ska informera om under tiden. Men nu har man väl mera lärt sig och det är väl det som är det svåra... att vi ska vara tysta, vara tysta och invänta svaren från patienten... att vi gärna lägger svaret i patientens mun annars så här... Nu har vi blivit mer tillfrågande kan man väl säga... är det okej att jag berättar? Vill du att jag berättar?"... (IP 4)*

Förutom AUDIT och MI använder de flesta barnmorskorna Meny Agenda, under det tidiga hälsosamtalet, som ett verktyg för att naturligt komma in på alkohol och andra levnadsvanor. Barnmorskorna berättar att Meny Agenda är ett bra verktyg som gör att kvinnan kan känna sig delaktig i samtalet genom att se de konkreta bilderna och därmed förvissa sig om vad som kommer tas upp härnäst. För några av intervjupersonerna fungerar även broschyren "Ett glas vin kan väl inte skada?" som ett verktyg i samtalet om alkohol i samband med graviditet. Med hjälp av den kan samtalet föras in på hur omgivningen ser på frågan. Enligt en av barnmorskorna är alkoholen en naturlig del i hur många kvinnor umgås socialt idag, vilket innebär att den gravida kvinnan kan bli ifrågasatt då hon exempelvis avstår från vinglasen med väninnorna efter arbetet. Vidare säger barnmorskan att detta är vanligare bland de något äldre kvinnorna som skaffar barn i trettiofemårsåldern. Barnmorskans uppgift i detta avseende är att stötta kvinnan genom att medvetandegöra hur "bara" ett glas påverkar fostret. Några av intervjupersonerna poängterar även att det går att undvika att vara den som talar om för den gravida kvinnan vad som är okej och inte. Kvinnan eller paret ska få göra ett aktivt val och själva bestämma över sina handlingar utifrån samtalet och den kunskap barnmorskan förmedlar. Det händer att kvinnan ibland frågar, framförallt vid storhelger, om det är okej att ta ett glas.

*... "jag ska aldrig sätta mig i den situationen, utan frågar, vad tycker du själv? Tycker du att du ska ta den där snapsen eller den där cidern?"... (IP 3)*

En bild på fostret och moderkakan är ytterligare ett verktyg för att synliggöra att fostret redan i ett tidigt stadium tar skada av alkoholbruk samt att det inte finns något filter till barnet. Den alkohol som kvinnan dricker får även barnet i sig i samma mängd. För att tydliggöra och få kvinnan att förstå hur ett glas vin påverkar barnet jämförs detta ibland även med att ge sitt barn ett glas vin i en nappflaska, då detta skulle innebära i princip samma sak.

Några av barnmorskorna hänvisar och tar stöd av den faktakunskap som utbildningen gav i samtalet med gravida om alkohol. Exempelvis att det föds många alkoholskadade barn och barn med utvecklingsavvikelse i Sverige. Faktan används även då barnmorskan förklarar varför det är viktigt att alkoholfrågan tas upp. En av intervjupersonerna berättar om och visar böcker, som den gravida får av barnmorskan, böcker som bland annat tar upp alkohol. Det påpekas att det fokuseras på hur viktigt det är att avstå från alkohol under graviditeten för att skydda barnet, men samtidigt för att främja kvinnans egen hälsa. Enligt en barnmorska finns det kvinnor som har druckit alkohol vid några tillfällen innan de gjort graviditetstestet, som visar att de är med barn. Dessa kvinnor har i regel dåligt samvete när de kommer till barnmorskan. I den situationen är det svårt att säga hur fostret kan ha påverkats, dock säger barnmorskan att det är bättre att försöka stödja kvinnorna än att ge dem ännu mer dåligt samvete.

*... "då är det ju väldigt svårt att kunna säga vad som har hänt men då brukar jag också samtidigt säga att ja.. det som har hänt det har hänt men försök att tänk på ett annorlunda sätt nu framöver, att du avstår helt och hållet från att dricka alkohol från där du befinner dig nu ... jag tror att det är bättre att man försöker att lyfta dem än att tala om hur dåliga de har varit och sen risken att de kanske faller in i att de dricker alkohol på grund av det, att dom tänker... ja, jag har redan gjort så illa som möjligt så det spelar ingen roll"..." (IP 5)*

### 5.2.2 Skillnader i alkoholprevention i samband med graviditet genom Riskbruksprojektet

Återkommande under samtliga intervjuer framkommer det att det alkoholpreventiva arbetet blivit grundligare efter utbildningen. Det påpekas att barnmorskan under många år har alkoholscreenat de gravida. Men tidigare då kvinnorna tillfrågats om sina alkoholvanor var i regel frågan färdigdiskuterad.

*... ”ja man satt ett kryss, man hade ställt frågan men sen vart det inte så mycket mer pratat”... (IP 5)*

Det tidiga hälsosamtalet samt de olika verktygen framhålls som de viktigaste källorna till den strukturella förändringen som Riskbruksprojektet har fört med sig. Verktygen ger en naturlig ingång till ämnet. Främst underlättar AUDIT då alkoholfrågan ska tas upp och diskuteras. Efter utbildningen har arbetet blivit mer detaljerat och barnmorskan går in mer på djupet i samtalet om alkohol med gravida. Även MI lyfts fram av flera barnmorskor som en anledning till det förändrade arbetssättet. Enligt några av de intervjuade är barnmorskan van att ställa frågor och få svar. Nu får barnmorskan lugna sig, lyssna, tänka efter och genom öppna frågor försöka att få kvinnan att berätta. Nu, efter MI-utbildningen, finns en större medvetenhet hos barnmorskan om att inte endast fokusera på att förmedla information och ge goda råd. Samtalet blir konstruktivare med en öppen dialog och att kvinnan får hitta egna lösningar. Tidigare fanns även en form av skrämselfpropaganda i samtalet kring alkohol med gravida som nu till viss del har arbetats bort. Vidare berättar en intervjuperson att barnmorskan använder ambivalenskorset<sup>31</sup> i det motiverande samtalet med kvinnan, för att få kvinnan att reflektera kring ett beteende.

### 5.2.3 Identifiering av riskbruk

En intervjuperson berättar att de flesta gravida har två, tre eller max fem poäng på AUDIT men sedan finns det även de som har upp mot elva, tolv och femton poäng.<sup>32</sup> Om AUDIT ger utslag med så höga poäng och ett eventuellt riskbruk identifieras, vid det tidiga hälsosamtalet, får den gravida kvinnan komma på tätare kontroller till samtliga barnmorskor som intervjuades. Då görs avsteg från det medicinska basprogrammet som i regel följs, vilket anger hur ofta de gravida bör komma på besök till barnmorskan. Då går det inte en månad mellan de två första träffarna som det annars vanligen gör. Alkoholfrågan följs upp med ytterligare information och samtal. Flera av intervjupersonerna berättar att de inte har behövt hänvisa någon gravid kvinna vidare på grund av ett alkoholriskbruk. Men de ger exemplen mödravårdspsykolog, socialtjänst och kommunens alkoholrådgivning, dit de kan vända sig vid behov. Dessutom uttrycker samtliga intervjupersoner att de diskuterar mycket med andra barnmorskor, om tillvägagångssätt, vid identifiering av ett riskbruk.

### 5.2.4 Alkoholfrågan i samtal med övriga patienter

En av intervjupersonerna tar upp alkoholfrågan med alla sina patienter rutinmässigt. En annan försöker även ta upp ämnet med alla preventivmedelspatienter. De övriga samtalar oftast inte om alkohol, förutom med de gravida, om det inte under samtalet framkommer något som tyder på att kvinnan behöver samtala om alkohol. Exempelvis om en kvinna ofta återkommer för att testa sig för sexuellt överförbara sjukdomar eller har en social problematik. Då kan alkoholen möjligen vara botten till bekymren och att kvinnan utsätter sig för större risker i samband med alkoholkonsumtion.

---

<sup>31</sup> Ambivalenskorset – används för att utforska ambivalens, tar upp för- och nackdelar med alkoholvanan samt för- och nackdelar med en förändring

<sup>32</sup> 0-5 poäng troligen inga problem, 6-9 poäng tyder på högt alkoholintag och bör leda till uppföljning, 10 poäng eller mer då bör beroendevård kontaktas

... ”nu har det väl blivit mer fokusering just runt gravida, sen är det väl kanske vissa gånger man känner att man skulle behöva ta upp det även i preventivmedelssituationer då, men jag tror väl inte att vi gör det allmänt utan gör väl kanske utifrån vad man känner till om den personen från tidigare möten ... men inte så att vi frågar dem obligatoriskt, nej”... (IP 5)

... ”det är inget som vi har på rutin utan det är när man tycker att man har tid eller har ett behov av det eller tycker att det passar sig eller så... men alltid till exempel om jag drar ut en spiral där jag vet att vederbörande kommer hit för att bli gravid, då försöker jag att också prata om alkohol och tobak med för den delen”... (IP 6)

Flertalet av de intervjuade uttrycker att det är lättare och mer självklart att ta upp alkoholfrågan med de gravida patienterna, än med de övriga. I de fall då alkoholfrågan kommer på tal med icke gravida unga kvinnor, som kanske festar regelbundet, berättar en intervjuperson att det till stor del handlar om att göra dessa kvinnor uppmärksamma på vad alkoholen kan leda till och vilka mängder som är riskfyllda. MI påtalas som mycket användbart i samtalet med samtliga patienter.

### **5.3 Styrkor och svagheter i tillämpningen av kunskapen**

#### **5.3.1 Nya rutiner och verktyg**

Återkommande under samtliga intervjuer är att barnmorskorna har stor nytta av de verktyg, som Riskbruksprojektet och utbildningen har fört med sig, i det dagliga arbetet. Verktygen stärker det alkoholpreventiva arbetet och underlättar för barnmorskan dels då alkoholfrågan ska tas upp samt då samtalet om alkohol ska föras vidare. Flera av intervjupersonerna framhåller främst AUDIT som verktyg. Formuläret kan, som även tidigare har nämnts, ge en naturlig ingång till samtalet om alkohol. En annan styrka med AUDIT är dess informativa frågor. Genom dem kan barnmorskan få mycket viktig upplysning, redan på det tidiga hälsosamtalet, av den gravida kvinnan. En intervjuperson exemplifierar detta genom ett par som båda två fick poängsumman noll på AUDIT, vilket innebär att de inte dricker någon alkohol, och när paret och barnmorskan samtalade om det ovanliga resultatet visade det sig att mannen var uppväxt i ett alkoholisthem och att det var därför de inte drack alkohol. Detta är enligt intervjupersonen en mycket viktig information för att barnmorskan ska kunna stötta paret under graviditeten. Ytterligare en styrka med AUDIT, som flera av intervjupersonerna berättar om, är att kvinnorna verkar svara ärligt på formuläret. Samtidigt som flertalet yttrar att det är svårt att säkert veta om de gravida kvinnorna svarar helt sanningsenligt då de säger att de inte dricker någon alkohol under graviditeten. Alkoholvanorna blir mer påtagliga för den som fyller i AUDIT och får se det på pränt. Ingen kvinna har heller protesterat mot att fylla i AUDIT, enligt intervjupersonerna, snarare att de tycker att det är lite spännande och roligt med formuläret. Dock finns de som är mer ifrågasättande, vilket kan vara svårt att bemöta. Flera av intervjupersonerna uttrycker att det tog tid innan de nya rutinerna, angående hur alkoholfrågan ska tas upp, föll på plats och att det i början var svårt att gå in på frågan så grundligt. En barnmorska berättar även att de på den vårdcentralen kanske varit lite sena att börja användandet av AUDIT.

... ”det var jobbigt de första gångerna och att man tyckte att man var lite moraliskt då” ... (IP 1)

Även Meny Agenda hjälper barnmorskorna med att frågan om alkohol ska bli en naturlig del av samtalet. Verktyget underlättar även rent pedagogiskt, för att få den gravida delaktig i samtalet och undvika att kvinnan ska känna sig påhoppad. Flera styrkor med att använda Meny Agenda är, enligt några intervjupersoner, att barnmorskan naturligt kan komma in på kvinnans levnadsvanor. Allt fokus läggs inte på just alkoholfrågan då bilden även innehåller

andra levnadsvanor. Enligt flera av intervjupersonerna leder detta till att de gravida kvinnorna inte tar illa vid sig eller känner sig påhoppade då alkoholfrågan kommer på tal.

*... ”man har en bild som man tar fram ...en bild då på en vodkaflaska, en bild på motion, en bild på kost och en bild på läkemedel och så en tom ruta där dom själva får fylla i vad dom vill prata om. Den kan man ta till om det är lite jobbigt och man inte vet riktigt hur man ska komma in på det”... (IP 6)*

Flera av barnmorskorna lyfter fram tillämpningen av MI under intervjuerna. MI avdramatiserar alkoholfrågan uttrycker en intervjuperson. Barnmorskan blir mer tillfrågande och ber om tillåtelse för att få ta upp frågan, informera och fortsätta samtalet.

*... ”om man ställer öppna frågor så ... vet du hur det påverkar? Vill du att jag ska berätta? Hur påverkar det? Om man får sådana frågor så utgår man ju hela tiden från kvinnan. Kvinnans kunskapsnivå och kvinnans mottaglighet för information också för om man frågar så ... då kan man ju säga nej, då får man ju lov att låta bli, då kan jag ju inte fortsätta”... (IP 6)*

En svårighet som lyftes med att tillämpa MI är att barnmorskorna är medicinskt inriktade sjuksköterskor i botten. Det kan vara svårt att låta det vara tyst och vänta in svaren från patienten och att ibland inte lägga svaren i munnen på denne. Det har alltid varit en viktig del i barnmorskans arbete att förmedla information till den gravida om olika saker och det kan därför vara svårt att ställa om. Det framkommer att det kan vara lätt att köra på i gamla spår ibland och att MI kräver ett helt annat sätt att tänka och samtala på, som inte alls går lika fort.

*... ”vi är ju vana att liksom du vet, ordna till det ... fixa och dona och ordna till och gärna bota ... det är ju mycket enklare att skriva ut recept, det tar ju inte alls lika mycket energi”... (IP 2)*

Någon intervjuperson berättar om styrkan barnmorskan ser med det nya tidigare hälsosamtalet där fokus ligger på livsstil och alkoholfrågan får en stor plats. Genom detta kan ett eventuellt riskbruk identifieras tidigt under graviditeten. Ytterligare en fördel med att arbeta efter dessa nya rutiner med ett tidigt hälsosamtal är att det blir mindre stressigt för barnmorskan, då det första inskrivningssamtalet delas upp på två. En svårighet som påtalas under intervjuerna, i att ta upp alkoholfrågan med de gravida under det tidiga hälsosamtalet, är att barnmorskan inte hunnit lära känna kvinnan ännu. De allra flesta gravida kvinnor kommer till barnmorskan på ett tidigt hälsosamtal, dock uttrycker några av intervjupersonerna att det ibland kan vara svårt i praktiken att alltid kunna boka in kvinnan inom en vecka från det hon ringer till vårdcentralen.

### 5.3.2 Olika former av kunskap

Flera av intervjupersonerna är överens om att efter utbildningen finns den kunskap barnmorskorna behöver för att ta upp frågan och samtala om alkohol med patienter. Faktakunskapen gör att barnmorskan kan förklara för patienten varför frågan tas upp. Den ger barnmorskan trovärdighet och en bredare grund att stå på då information ska förmedlas till patienterna. Kunskapen, i form av forskningsresultat samt även användandet av de olika verktygen, gör att barnmorskorna är säkra i att ta upp alkoholfrågan. Informationen behöver inte färgas av barnmorskans egna värderingar och åsikter om frågan, utan kan helt grunda i fakta.

*... ”det som man gjorde tidigare, att man slog mycket i huvudet på folk, mycket pekpinningar och gav inte så mycket möjligheter och inte så mycket öppningar. Nu kan jag med min utbildning informera dig på ett klokare sätt än vad jag kunde tidigare”... (IP 3)*

Det kan vara en svårighet att inventera hur pass motiverade kvinnorna är till att förändra sina alkoholvanor, om barnmorskan inte först tar reda på hur mycket de vet om frågan. Det kan behövas information från barnmorskan först för att kvinnorna ska tänka ett varv till. Det blir då en avvägningsfråga, för barnmorskan, hur mycket information som ska förmedlas och hur många frågor som ska ställas om alkohol i relation till kvinnas egna funderingar om alkohol, andra levnadsvanor och om graviditeten i sig. En styrka i tillämpningen av kunskapen i barnmorskornas arbete som samtliga intervjupersoner berättar om är att de kan ta stöd i och diskutera alkoholfrågan med en nära kollega som har samma kunskap. Dock nämner de flesta som intervjuas att det omvända förhållandet, att arbeta som ensam barnmorska på sin vårdcentral, kan försvaga tillämpningen av kunskapen.

Enligt flera intervjupersoner kan det vara svårare att tillämpa kunskapen och ta upp alkoholfrågan med de patienter som inte är gravida. Det faller sig mer naturligt att samtala om alkohol med den gravida kvinnan där barnet ska värnas. Det är även svårare att diskutera alkohol med lite äldre kvinnor som kommer på preventivmedelsbesök än ungdomarna på ungdomsmottagningen, enligt en barnmorska. Flera av intervjupersonerna berättar om styrkan av att kunna använda en kombination av verktyg, faktakunskap och samtalsteknik i det alkoholpreventiva arbetet och därigenom försöka att påverka alkoholkonsumtionen.

### 5.3.3 Vid identifiering av riskbruk

Intervjupersonerna berättar att det var ett problem i början att veta hur det skulle gås tillväga vid identifiering av ett riskbruk.

*...”Var gör man av dem? Det är ju lätt att screena men man måste ju veta vad man ska göra med svaret. Det är ju ingen idé att fråga om jag inte vet var jag ska ta vägen sen och det var väl ett litet glapp egentligen, när vi började med Riskbruksprojektet här i ( ) att det inte fanns liksom inte någon redig stans där man kunde hänvisa dem”... (IP 3)*

Flera av intervjupersonerna är överrens om att detta var ett problem i inledningsskedet. Nu har de flesta någonstans att vända sig om behovet uppstår. Dock menar en av barnmorskorna att det fortfarande är svårt att veta om och i så fall vart en kvinna med höga AUDIT-poäng ska hänvisas. Det uttrycks även att just vid höga poäng på AUDIT kan det bli känsligt att gå vidare med frågan.

En av intervjupersonerna berättar om en svårighet som kan uppstå i samband med alkoholfrågan som gäller samtal med gravida invandrarkvinnor som behöver tolk. Barnmorskan berättar att enligt muslimsk tro är det inte tillåtet att dricka alkohol och därmed säger kvinnan alltid att alkoholhaltiga drycker inte förekommer genom sin tolk. Kvinnan kan känna sig tvingad att svara så inför tolken. Barnmorskan berättar vidare att det har uppstått vid några tillfällen att mannen till gravida invandrarkvinnor sagt nej till att få information om alkohol. Men att barnmorskan i dessa fall ändå framfört informationen till kvinnan.

## 5.4 Möjligheter och hinder för tillämpning av kunskapen

### 5.4.1 Medvetenhet och motivation

Flera av barnmorskorna säger att samhällets alkoholvanor, samt även alkoholpolitiken, har förändrats under de senaste åren. Kvinnor dricker oftare och större mängder än tidigare, vilket kan försvåra arbetet mot riskbruk. Men det finns även en pågående alkoholdebatt som kan möjliggöra arbetet med frågan. Skälet till att kvinnan dricker alkohol är även avgörande för hur svårt det är för barnmorskan att påverka konsumtionen. Enligt några av intervjupersonerna är det svårare att påverka alkoholkonsumtionen om det finns



bakomliggande social problematik i samband med att kvinnan dricker än om konsumtionen enbart hänger samman med nöje.

Någonting som möjliggör barnmorskornas arbete, inom alkoholområdet, är att de flesta kvinnor vill komma så tidigt som möjligt till MVC vid en graviditet. Något som hindrar är att det inte är allmänt känt med tidiga hälsosamtal ännu. Detta kan göra att kvinnan inte ringer till barnmorskan direkt vid ett positivt graviditetstest. Några av intervjupersonerna uttrycker att det finns en stor medvetenhet och kunskap om riskerna med alkohol i samband med graviditet och det finns även kvinnor som slutar dricka alkohol redan då de planerar att bli med barn. Denna medvetenhet kan dock även utgöra ett hinder då flera av barnmorskorna återkommer till att det är svårt att veta om kvinnorna svarar ärligt på AUDIT-formuläret.

*... ”alla svarar ju nej, de dricker ingen alkohol och det är ju politiskt korrekt att säga så ... de vet ju att det inte är bra”... (IP 1)*

Enligt några barnmorskor är gravida kvinnor öppna och förändringsbenägna då de vill göra sitt bästa för barnets skull, vilket medför att det är enklare att samtala kring sådant som skulle kunna vara en känslig fråga. För de allra flesta är graviditeten i sig den enda motivationen som kvinnan behöver för att upphöra med alkoholen. Det är lättare att motivera en ung kvinna med ett barn i magen att avstå från alkohol än en ung kvinna som inte är gravid att minska sin alkoholkonsumtion. Däremot om graviditeten inte är tillräcklig som motivationsfaktor, för att förändra ett eventuellt riskbruk, kan det vara svårt för barnmorskan att påverka konsumtionen. Om kvinnan, i detta fall, inte heller är planerat gravid kan det vara än svårare. Det uttrycks dock att alkoholkonsumtion i samband med graviditet inte verkar vara accepterat av den breda massan. Några barnmorskor uttrycker att alkoholfrågan kan vara känslig och tabubelagd, vilket kan vara ett hinder i sig. Att då samtala om känsliga frågor som alkohol, på en mindre ort där barnmorskan känner flera av de kvinnorna som kommer till vårdcentralen, kan vara svårt enligt en intervjuperson. Samtidigt säger flera av barnmorskorna att alkoholen inte är en av de känsligare frågorna som de samtalar om.

#### 5.4.2 Stöd

Intervjupersonerna uttrycker att de tror att de flesta barnmorskorna i länet har gått Riskbruksprojektets utbildning. Att alla erbjuds och även till stor del har tagit del av samma kunskap är en möjliggörande faktor i det alkoholpreventiva arbetet. Det innebär även att samma vård kan erbjudas oavsett barnmorska eller mottagning. Samtliga intervjupersoner fick kännedom om projektet och utbildningen via landstingets samordningsbarnmorska. Dock uttrycker en barnmorska att trots att alla bjuds in, till denna och liknande utbildningar, behöver det inte betyda att alla har samma möjlighet att delta. Det kan vara svårare för dem som arbetar själva på sin mottagning. Vidare berättar barnmorskorna hur viktigt det är att ha en eller flera kollegor att diskutera alkoholfrågan med. Det framkommer att det är en möjlighet och tillgång i arbetet att ha en nära kollega, även om barnmorskorna arbetar mycket självständigt. Barnmorskorna samtalar mycket, rådfrågar och stöttar varandra i olika situationer som dyker upp.

*... ”det gör vi hela tiden, det är ju så bra när man är så nära och jobbar... när man är två. Det kan jag ju säga att det är mera trygghet än när jag jobbade ensam i () då hade man ju ingen, så det är bra med kollegor det behöver nog alla ha”... (IP 4)*

De intervjuade berättar om möten som anordnas med jämna mellanrum för barnmorskor i hela länet. Dessa träffar är ett bra forum där det ges möjlighet att samtala med kollegor från andra vårdcentraler, vilket kan utgöra ett stöd i arbetet. Några av intervjupersonerna berättar att

barnmorskan även kan få stöd och uppbackning från läkarna på vårdcentralen vid identifiering av ett riskbruk. Dessutom säger samtliga intervjupersoner att det finns ett samarbete mellan MVC och BVC gällande alkoholfrågan. En stor del av personalen på BVC har även de fått liknande utbildning inom ramen för Riskbruksprojektet vilket möjliggör att mottagningarna kan ta stöd av varandra. Flera av barnmorskorna berättar att det sker en automatisk överrapportering till BVC om de upptäcker ett riskbruk och ibland även till patientens familjeläkare. Detta för att möjliggöra att alkoholfrågan följs upp även efter det att kvinnan har lämnat MVC. De flesta av barnmorskorna har nu en eller flera instanser dit de kan vända sig och hänvisa vidare vid behov. Det råder dock delade meningar bland de intervjuade gällande stödet från verksamheten i stort. Några av intervjupersonerna känner stöd i alkoholfrågan från ledningshåll på så sätt att barnmorskorna fick gå på utbildningen och ledningen på vårdcentralen visar att det är en viktig fråga att arbeta med. Samtidigt uttrycker några andra att de olika verksamheterna inom vårdcentralen inte tar stöd av varandra i detta arbete och att de andra enheterna inte känner till hur mycket MVC arbetar med dessa frågor. En barnmorska säger att det inte finns några gemensamma strategier för hur det alkoholpreventiva arbetet ska bedrivas på vårdcentralen. Det framkommer att familjeläkarna på några vårdcentraler har börjat ställa frågor om alkohol och andra levnadsvanor. Det påpekas samtidigt att det är irriterande att det blir så märkvärdigt när läkarna börjar fråga om levnadsvanor, något som barnmorskorna arbetat med en längre tid.

*... ”nu har dom börjat... det här har vi hållit på med ... jag tror inte att dom förstår vad vi gör på mödravården i det här liksom... hur mycket man tar upp och hur mycket det pratas om. För det räcker ju inte att man bara pratar om det här när dom är gravida naturligtvis”... (IP 2)*

Ett par barnmorskor kommer även in på att det blir mer och mer preventivt arbete inom ramen för barnmorskornas verksamhet men även inom hela hälso- och sjukvården. Det förebyggande synsättet är en möjliggörande faktor för alkoholprevention. Flera av intervjupersonerna nämner att det skulle vara önskvärt om hela vårdcentralen fick utbildning i alkoholprevention genom Riskbruksprojektet. Enligt en av de intervjuade borde all vårdpersonal lämna ut AUDIT till patienterna.

*... ”ja men alla skulle behöva göra det, alla skulle behöva ha audit när de får in en patient, tänk den här 53- åriga mannen som söker för nacken fem gånger i månaden... sätt en audit under näsan på honom, det kanske inte alls nacken det är fel på... nej, nej men man kan inte göra så vet du, nej det är integritetshämmande... jaha, okej... säg att han söker för magen... hur är hans levervärden? Frågar man om alkohol då? Jo, men då blir det en helt annan sak ... och likadant de här äldre damerna som är lådvinsfyllerister som söker för allt... jag menar, försök att göra en alkoholscreening på alla... tänk vilken... i den bästa av alla världar, vad det vore bra, då slapp man ju väldigt mycket tror jag”... (IP 3)*

#### 5.4.3 Det fortsatta alkoholpreventiva arbetet

Samtliga intervjupersoner säger att det är viktigt med uppföljningar och repetition av den kunskap, i form av både fakta och verktyg, barnmorskorna fick genom utbildningen. Att det även till viss del behövs mer information om riskbruk, kanske inte i nuläget men inom ett par år. Flertalet uttrycker även att de vill få ta del av ny forskning och nytt informationsmaterial inom området så fort det dyker upp, exempelvis i samband med de möten som hålls för länets samtliga barnmorskor. Mer specifikt nämner någon av de intervjuade ett behov av ytterligare kunskap och handledning inom MI samt att få ta del av och följa ett komplicerat patientfall, hur det har dokumenterats och följts upp.

## 6 DISKUSSION

I detta avsnitt diskuteras styrkor och svagheter med den valda metoden samt vad som hade kunnat göras bättre eller annorlunda. Därefter diskuteras studiens resultat, bedömningar samt fortsatt forskning inom området.

### 6.1 Metoddiskussion

Den bakgrundslitteratur och de vetenskapliga artiklar som har använts anses vara tillförlitliga och relevanta för studien. Faktan till bakgrunden som har inhämtats genom muntlig eller skriftlig kommunikation med representanter ur projektgruppen har, i de fall det varit möjligt, även sökts i och refererats till skriftliga dokument. Om informationen inte funnits dokumenterat tillgänglig har kommunikationen ändå uppgivits som källa då den ansetts vara viktig i bakgrundsmaterialet. Att delta i möten, seminarier och en konferens under arbetets gång gav nyttig kunskap om alkoholfrågan och projektet på både nationell och regional nivå. Detta hade inte kunnat åstadkommas utan detta deltagande. Inblicken gav även till viss del en specifik förförståelse om hur barnmorskornas alkoholpreventiva arbete ser ut idag i Västmanland. Detta anses vara en styrka för studiens genomförande samt en viktig utgångspunkt vid formuleringen av frågeställningar och intervjufrågor.

Utvärderingen inriktades på barnmorskorna som enligt projektgruppen även är den målgrupp som har kommit längst i sitt alkoholpreventiva arbete genom Riskbruksprojektet. Utifrån den vetenskapen anses det vara relevant att belysa hur barnmorskorna tillämpat kunskapen, hur de arbetar med frågan och möjligen även se vad det är som gör att de har kommit längre än övriga målgrupper. Genom denna avgränsning kan det dock tänkas att ett positivt utvärderingsresultat förväntas, till skillnad från om en annan målgrupp hade studerats.

#### 6.1.1 Utvärderingsdesignen

Programteorin har fungerat som ett hjälpmedel och gett en tydlig bild över projektet med fokus på den för utvärderingen avsedda målgruppen. Vilket även McLaughlin och Jordan (1999) framhåller som en styrka med att använda programteori som en utgångspunkt i arbetet. Metoden för insamling av data valdes utefter syfte och frågeställningar. Kvalitativa intervjuer anses därmed vara relevant för utvärderingen. Detta då det som främst eftersträvades var barnmorskornas subjektiva upplevelser och erfarenheter om utbildningskunskapen och dess tillämpning. Genom intervjuer kunde mer detaljer och djupare kunskap sökas, vilket inte hade varit möjligt i en kvantitativ enkätstudie med fasta svarsalternativ. Fitzpatrick med flera (2004) anser att vid kvalitativ utvärdering ska intervjuer användas för att fånga in målgruppens perspektiv, kunskap och erfarenheter vilket eftersträvades i denna utvärdering.

Vid utvärderingar är det önskvärt att utgå ifrån en utvärderingsmodell Vedung (1998). I detta sammanhang har dock ingen specifik modell använts som utgångspunkt, vilket möjligen kan ses som en svaghet. Men detta beror helt enkelt på att utvärderingen inte tydligt kunde kopplas till någon specifik modell. Då syftet med utvärderingen var att kvalitativt studera barnmorskornas tillämpning av utbildningskunskapen och vilka faktorer som påverkar denna tillämpning, blev det således även barnmorskornas subjektiva utsagor som låg till grund för bedömningen av resultatet. Det bör därmed tas hänsyn till att bedömningskriterierna är subjektiva och inte vilar mot några uppsatta mål för projektet.

### 6.1.2 Urvalsdiskussion

I ett inledningsskede planerades det för att genomföra åtta intervjuer. På grund av barnmorskornas tillgänglighet var detta inte genomförbart. Dels visade det sig att barnmorskorna över lag var svåra att komma i kontakt med samt att de beroende på hög arbetsbelastning hade svårt att avsätta tid för att delta i en intervju. Den största anledningen till det slutgiltiga intervjuantalet, sex intervjuer, var dock den pågående vårdkonflikten. Ett antal barnmorskor på några vårdcentraler i länet varslades i konflikten under samma veckor som barnmorskorna kontaktades för att boka in intervjuer. Konfliktvarslet ledde till att några intervjuer avbokades, eller sköts upp för att senare ställas in. Detta bidrog till att andra barnmorskor kontaktas i ett senare skede. Intervjuerna med dem skulle då bokas in med kortare framförhållning vilket gjorde att få hade möjlighet att ställa upp. Detta förde med sig att det inte var möjligt att, i urvalet, ta hänsyn till om barnmorskorna var ensamma eller hade kollegor på sin MVC-mottagning som även gått utbildningen. Från början var det tänkt att studera hur detta kan ha påverkat barnmorskornas tillämpning av kunskapen. Av dem som tillslut intervjuades var det endast en barnmorska som inte hade någon kollega på sin vårdcentral som hade deltagit i samma utbildning. Därmed kunde detta inte analyseras vidare. Dock framkom det i resultatet hur barnmorskorna ser på vikten av stöd från kollegor.

Vårdkonflikten har inneburit en svårighet som påverkade i urvalsfasen samt även till viss del kan ha påverkat resultatet. Om fler intervjuer genomförts hade analysmaterialet blivit mer omfattande och fler åsikter hade kunnat tas i beaktande. Utvärderingen kan därmed ha gått miste om nya och avvikande uttalanden, men även återkommande yttranden som kunde ha stärkt de övriga intervjupersonernas utsagor och det befintliga materialet. Samtidigt kan det slutgiltiga antalet intervjuer anses fullt tillräckligt för studien. Kvale (1997) menar att det inte nödvändigtvis behöver vara eftersträvansvärt att genomföra så många intervjuer som möjligt. Det bör även nämnas att samtliga barnmorskor som kontaktats via mail eller telefon varit tillmötesgående och beklagande i de fall de inte haft möjlighet att delta i utvärderingen.

Det har inte tagits hänsyn till om barnmorskan arbetade på en offentlig eller privat vårdcentral i urvalet. Detta val gjordes utifrån motiveringen att utbildningen i sig har riktats och erbjudits till samtliga barnmorskor i länet oavsett arbetsgivare. Detta har därmed inneburit att barnmorskor från såväl privata och offentliga vårdcentraler har deltagit i utvärderingen. Avsikten att få till en spridning med barnmorskor från vårdcentraler i olika kommuner i Västmanland föll väl ut. Det anses vara en styrka att det kunde genomföras intervjuer med barnmorskor från sex olika kommuner inom länets gränser.

### 6.1.3 Planeringen och genomförandet av intervjuerna

En styrka vid genomförandet av intervjuerna var att intervjuguidens frågor och inspelningens funktion hade testades genom en pilotintervju i planeringsfasen. Efter pilotintervjun kunde några frågor formuleras om, andra läggas till eller tas bort. Testet innebar även en viktig förberedelse inför de kommande intervjusituationerna. Att pilotintervjun utfördes med en barnmorska är en styrka. Även Patel och Davidson (2002) lyfter fram vikten av att pilotstudiens medverkande bör vara relevant för resten av studien. Några intervjufrågor formulerades även om efter de inledande intervjuerna. Detta för att försöka få barnmorskorna att berätta mer inom några områden och att därigenom nå djupare kunskap.

Intervjuerna upplevdes fungera bättre och bättre efter hand och intervjuguidens utformning anses ha fungerat tillfredsställande. Intervjusituationerna hölls i en relativt ostörd miljö på respektive vårdcentral vilket är en styrka för resultatet. Frågorna besvarades med mer eller mindre omfångsrika och exemplifierande uttalanden och samtliga intervjupersoner berättade

mycket och öppet om sitt arbete inom det alkoholpreventiva området. De sex intervjuerna varade mellan trettio minuter och en timme beroende på hur mycket intervjupersonen berättade och hur många följdfrågor som ställdes. En intervju blev kort på grund av en tågförsening, i detta fall hann inte samtliga frågor ställas till intervjupersonen vilket kan ha påverkat intervjumaterialet, då barnmorskan inte fick möjlighet att svara och uttrycka sina erfarenheter i dessa frågor. Samtidigt är det svårt att avgöra betydelsen av detta. Intervjuguiden var halvstrukturerad till sin utformning vilket innebar att följdfrågor och ordningsföljd på de förberedda frågorna kunde variera mellan intervjupersonerna och beroende på vad de kom in på under intervjuens gång. Detta ledde till att intervjuerna inte genomfördes på exakt samma vis men bidrog även till att det fanns möjlighet att låta barnmorskorna berätta fritt samt att vissa frågor kunde fördjupas, vilket i efterhand snarare ses som en styrka än en svaghet. Intervjusituationerna anses över lag ha fungerat väl och barnmorskorna upplevdes inte bli besvärade av att samtalen spelades in.

#### 6.1.4 Analysen och tolkningen av intervjuerna

Efter varje enskild intervju skrevs det inspelade materialet ut i sin helhet, vilket anses vara en styrka för analysarbetet. Analysen påbörjades sedan efter varje intervju vilket bland annat bidrog till att intervjuguiden kunde förbättras efter de inledande intervjuerna. Analysen skedde genom meningskategorisering vilket innebar att ett flertal koder identifierades i de transkriberade intervjuerna. Texterna bröts därigenom ner i små delar. Att därefter kategorisera in dessa koder under varje frågeställning för att bygga upp en ny helhet fungerade som planerat. Vid utgångspunkt i studiens specifika frågeställningar eller förutbestämda kategorier finns risken att missa viktiga fynd i analysmaterialet som inte kan kopplas direkt till dessa enligt Kvale (1997). I samband med kategorisering upptäcktes även att flera koder inte kunde placeras in under någon frågeställning eftersom de inte stämde överrens med det som avsågs att studera. Vissa av dessa övriga fynd uttrycktes av enskilda barnmorskor medan andra var mer återkommande under flertalet intervjuer. Att helt utesluta sådana upprepade uttalanden ansågs felaktigt då dessa bevisligen var viktiga för barnmorskorna att lyfta fram. Därmed valdes att presentera och diskutera dessa i den efterföljande resultatdiskussionen. I analysen av inre styrkor och svagheter i tillämpningen av utbildningskunskapen samt yttre möjligheter och hinder för alkoholprevention användes analysredskapet SWOT. En svårighet som upplevdes i samband med denna analys var att identifiera vilka faktorer som var inre respektive yttre. Det kunde vara svårt att skilja dessa åt samt att i vissa fall kunde exempelvis någon faktor uppfattas som både en inre styrka och en yttre möjlighet. Valet att skilja dessa påverkansfaktorer åt genom SWOT anses dock vara relevant och för utvärderingen. Därigenom möjliggjordes att studera vad, i själva kunskapen, som kan stärka arbetet och vilka svårigheter tillämpningen av kunskapen kan innebära. Samt att det även kunde tas hänsyn till yttre hinder och möjligheter i barnmorskornas arbete inom detta område.

#### 6.1.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Trovärdigheten i studien stärks av att intervjupersonerna i hög grad berättade om det som avsågs i frågorna, att intervjuerna spelades in och sedan transkriberades ordagrant med samma tillvägagångssätt. Studien i sin helhet anses studera det som avsågs och frågeställningarna har blivit besvarade genom den valda datainsamlingsmetoden. Förförståelsen som erhöles genom möten med projektgruppen har förmodligen påverkat inriktningen på studien, dess upplägg och frågor. Denna förförståelse har dock redovisats i tidigare avsnitt och den anses snarare ha bidragit till att studien kunde genomföras på ett mer tillförlitligt sätt med mer bakgrundkunskap i utgångsläget. Det går inte att generalisera resultatet till yrkesgruppen barnmorskor som sådan och inte till att gälla för samtliga barnmorskor i Västmanland genom

denna utvärdering. Däremot skulle resultatet möjligen kunna vara giltigt för just den målgrupp som utbildats genom landstingets Riskbruksprojekt. Om fler barnmorskor hade intervjuats hade resultatet ytterligare kunnat stärkas. Beroende på den tid som fanns till förfogande för studiens genomförande var det inte möjligt att utföra fler intervjuer. Enligt Kvale (1997) beror resultatets överförbarhet även på val av metod, planering, genomförande och analys av data. Den valda kvalitativa metoden anses överensstämma med studiens syfte och att det var djupare kunskap om barnmorskornas alkoholpreventiva arbete som eftersträvades.

#### 6.1.6 Etikdiskussion

De forskningsetiska principerna som rekommenderas anses ha tillämpats under studien. Dock hade fler barnmorskor fått möjligheten att uttrycka sina upplevelser och erfarenheter inom området om fler intervjuer hade genomförts. Det har tagits hänsyn till de etiska dilemman som kan uppstå i samband med en utvärdering och en objektiv hållning gentemot projektet har eftersträvats.

## 6.2 Resultatdiskussion

### 6.2.1 Alkoholfrågan ur ett folkhälsoperspektiv

Inledningsvis i bakgrunden beskrivs att det har skett en förändring av alkoholkonsumtionens mönster under senare år. Detta är även någonting som flera av barnmorskorna kom in på i samband med intervjuerna. Ett nytt synsätt på alkohol har utvecklats i samhället och det dricks på ett annat sätt idag, oftare och/eller mer. Även alkoholpolitiken har förändrats och alkoholen har blivit mer tillgänglig. Detta å ena sidan kan hindra ett förebyggande arbete inom alkoholområdet i primärvården. Men det gör det inte desto mindre viktigt att verkligen ta upp alkoholfrågan med patienten. Å andra sidan kan förändringarna leda till en debatt om alkohol i samhället som kan göra människor mer medvetna vilket möjliggör för det preventiva arbetet. De yttre faktorerna som påverkar åt det ena eller andra hållet är viktiga att ta hänsyn till. Det handlar inte enbart om enskilda individers beteenden och hur de ser på frågan utan även om olika grupper och hela samhället syn.

Vid riskbruk finns ofta bakomliggande faktorer som gör att patienten inte kan hantera eller förändra sina alkoholvanor. Barnmorskorna vittnar om social problematik och att det är viktigt att det finns en medvetenhet om att det inte alltid handlar om ett nöjesdrickande. Vid hög alkoholkonsumtion finns ofta även andra faktorer med i bilden samt andra ohälsosamma levnadsvanor. Ur detta perspektiv är det än viktigare att se helheten i patientens liv och inte den eventuella alkoholproblematiken för sig. En ohälsosam livsstil kanske inte är grunden till individens problem utan dessa levnadsvanor bottnar i livsvillkor, ekonomisk situation och social tillhörighet. Detta tankesätt stärks av hälsans bestämningsfaktorer, där en individs levnadsvanor endast är en del av de beståndsdelar som påverkar hälsan (Svanström & Haglund, 1992).

### 6.2.2 Alkoholprevention i primärvården

Det anses vara intressant att barnmorskorna påtalade att deras arbete i sin helhet blivit mer preventionsinriktat samt att detta är något som gäller för hela hälso- och sjukvården. Det är något som stämmer överens med regeringens mål för denna verksamhet (Socialdepartementet 2002). Barnmorskorna verkade även tycka att orienteringen i den riktningen är bra och viktig. Dock framkom det att barnmorskorna är tämligen ensamma om att arbeta grundligt och strukturerat med just alkoholfrågan. Det var tydligt hur fler av dem uttryckte en viss frustration och hade erfarenheter av att övriga mottagningar på vårdcentralen, med undantag för BVC, inte arbetar på liknande vis och inte heller förstår hur

mycket MVC samtalar med sina patienter om alkohol och andra levnadsvanor. Detta kan bero på att personalen på de övriga enheterna inte har tagit del av den utbildning som barnmorskorna gjort. Det är även tänkbart att frågan om alkohol blir mer naturlig att diskutera i samband med graviditet. Eftersom det då finns en självklar anledning att upphöra med alkoholkonsumtionen. Dock visade det sig att det vore önskvärt att all vårdpersonal genomförde en alkoholscreening genom exempelvis AUDIT i mötet med samtliga patienter. Barnmorskorna yttrar att på så vis skulle vården upptäcka orsaken till symptom samt kunna förhindra utveckling av ohälsa hos många på ett tidigt stadium. Detta verkar sannolikt och helt i linje med Riskbruksprojektets idé. Samtidigt kan det vara en lång väg att vandra innan all personal arbetar på detta vis. Precis som barnmorskorna hävdade så tar det tid att komma in i nya rutiner och använda sig av kunskapen på "rätt" sätt. Därtill att alkoholfrågan anses vara känslig att ta upp. Det får heller inte glömmas bort att det finns en rad andra levnadsvanor som hälso- och sjukvården bör arbeta med. Just nu ligger fokuset på alkohol men frågan är om det inte skulle utvecklas metoder som fungerar vid samtal om livsstilsförändringar oberoende vilken levnadsvana det än handlar om? I detta avseende verkar MI användbart och barnmorskorna berättade ju även att de försöker använda tekniken under hela mötet med patienten, inte enbart då alkoholfrågan tas upp.

Det är i detta sammanhang intressant att barnmorskorna tycker att all primärvårdspersonal borde ta upp alkoholfrågan. Samtidigt som de själva till största del endast gör det i mötet med gravida kvinnor. Som resultatet visar tar barnmorskorna upp alkoholfrågan rutinmässigt med samtliga gravida kvinnor. Dock är det få som samtalar kring ämnet med resterande patienter. För att återkoppla till det som nämndes tidigare framkommer det även att barnmorskorna tycker att det är lättare att ta upp frågan med gravida än med andra patienter just för att det värnas om barnets hälsa. Och till viss del även för att kvinnor är mer öppna och förändringsbenägna under den perioden. Det är därmed inte lika känsligt att ta upp alkoholfrågan i samband med graviditet. Vissa av barnmorskorna uttrycker ju även att alkoholen inte alls är en känslig fråga i förhållande till andra ämnen som berörs under samtalen. Om det anses mer självklart att diskutera alkohol med gravida kan även det vara en bidragande orsak till att barnmorskorna i störst utsträckning har applicerat och tillämpat kunskapen på den gruppen patienter. Inte fler än en barnmorska tar upp och samtalar om alkohol med alla sina patienter, de övriga gör det endast vid identifierat behov. Tidsbrist och att det är svårt och känsligt att gå in på nämns som orsak, samt att det inte finns riktlinjer som uttryckligen säger att det ska ingå i barnmorskans arbetsuppgifter. Även Brännström (2006) och Socialstyrelsen (2002) nämner tidsbrist och oro för patientens reaktion bland de vanligaste hindren för att inte ta upp alkoholfrågan.

Dock får männen till gravida kvinnor i ganska stor utsträckning fylla i AUDIT. Det är även intressant hur barnmorskorna vidgar perspektivet i detta sammanhang. Hur de går från det primära målet om en alkoholfri graviditet till föräldraskapet som helhet. Att mannen deltar i samtalen ger en möjlighet till att påverka de blivande föräldrarnas gemensamma vanor. Att det inte bara handlar om att kvinnan avstår alkohol under graviditeten utan att paret tillsammans får reflektera runt hur alkoholen kan påverka barnet trygghetsmässigt även efter födseln.

### 6.2.3 Barnmorskor i framkant

Avgränsningen med fokus på barnmorskorna i denna studie gjordes ju till största del mot bakgrunden att projektgruppen ansåg att de var den målgrupp som hade kommit längst i sitt arbete. Det är då intressant att fundera kring vad det beror på att just barnmorskorna ligger i framkant när det kommer till alkoholprevention. För som även resultatet visar så arbetar

målgruppen med frågan och använder sig av kunskapen i utbildningen samt arbetar efter de nya rutiner som projektet har för med sig. Förklaringarna kan givetvis vara många men även här anses en viktig bidragande faktor vara att det är mer naturligt att tala om alkohol med gravida på grund av hur barnet påverkas av att kvinnan dricker. Denna aspekt samt att det finns en nolltolerans hos allmänheten gällande alkohol och graviditet som gör det än mer självklart att frågan ska lyftas. Dessutom bör det vägas in att barnmorskorna arbetat med dessa frågor även tidigare, alkoholfrågan är som sagt ingen nyhet. Därmed kanske de redan arbetar mer med frågan än andra yrkesgrupper inom primärvården. De är även vana att samtala mycket med sina patienter och just samtala om ämnen som kan vara känsliga. Socialstyrelsen har utvärderat landstingens arbete med den alkoholpolitiska handlingsplanen från år 2005. Detta innebär främst utbildning i alkoholprevention riktat till primärvårdspersonal inom ramen för det nationella Riskbruksprojektet. Utvärderingen visar att barnmorskorna är den grupp som visat störst intresse för att arbeta med riskbruk. Många landsting redovisade att de utbildat i stort sett alla inom den målgruppen/verksamheten (Socialstyrelsen 2008).

Resultatet visar på en genomgående positiv inställning till utbildningen i stort. Det bör lyftas fram att samtliga barnmorskor poängterade att de screenat för alkohol även tidigare. Alkoholfrågan är ingen nyhet, åtminstone inte i mötet med gravida. Detta faktum i sig kan ha underlättat för barnmorskorna att ta till sig utbildningen samt att arbeta vidare utifrån den delvis nya kunskapen.

#### 6.2.4 En kombination av kunskap och ett aktivt val

Kunskapskombination av faktamässig kunskap, olika verktyg som exempelvis AUDIT samt MI har främst bidragit till mer struktur och trygghet i det befintliga arbetet. Samt att det nu arbetas grundligare med frågan, i samband med graviditet. Barnmorskan kan komma in på alkohol och andra levnadsvanor genom verktyg som Meny Agenda och AUDIT. Förklara varför det är viktigt att ta upp frågan med stöd av den senaste forskningen. Sedan informera och samtala vidare om alkohol utifrån verktygen och med motiverande samtalsteknik. Vid identifiering av ett eventuellt riskbruk kan barnmorskan även där gå vidare med hjälp av MI för att motivera till en förändring. Även enligt Beckham (2007) kan primärvårdspersonal förändra alkoholkonsumtionen hos patienter genom att ta upp frågan med hjälp av just AUDIT och vid ett urskilt riskbruk gå vidare med MI.

Utbildningen förde även med sig förändrade rutiner i form av ett tidigare hälsosamtal samt förändrade rutiner till följd av kunskap och verktyg. Det tidiga hälsosamtalet var och är till viss del fortfarande svårt att organisera tidsmässigt då kvinnan ringer till mottagningen. Dock verkar de flesta av barnmorskorna ändå tycka att samtalet i praktiken spar både tid och kraft samt ger möjligheten att i ett tidigt skede identifiera riskbruk. Detta är något som resten av hälso- och sjukvårdspersonalen skulle kunna ta stöd av vid ett införande av rutinmässig screening för alkohol vid alla patientmöten. Att det tar tid och kraft men när rutinerna väl fallit på plats finns det många fördelar.

Barnmorskornas medicinska bakgrund kan försvåra då arbetet blivit mer inriktat på prevention. Det framkom ju även att den kan hindra vid användandet av MI. Detta eftersom MI ska fokusera på att få patienten att själv hitta lösningar och motivation till förändring genom öppna frågor. Barnmorskan kan därmed inte endast förmedla information utan bör försöka få patienten att berätta och reflektera. Någon av barnmorskorna påtalade i en intervju att detta förlopp tar mer tid i anspråk. Men även att det ger ett bättre utbyte och resultat. Det positiva med MI är även att tekniken lika väl kan appliceras på andra levnadsvanor, vilket



även Miller och Rollnick (2002) nämner. MI är användbart vid alla samtal och bör kanske inte vara en kunskap som låses till alkoholen specifikt. Resultatet visade även att barnmorskorna inte ser levnadsvanorna en och en utan som en helhet. Det tidiga hälsosamtalet med gravida infördes med koppling till Riskbruksprojektet men det innebär inte enbart ett fokus på alkohol. Här bidrar även verktyget Meny agenda till att andra levnadsvanor som rökning, kost och motion diskuteras. Därmed har flera av de rutiner och verktyg som utbildningen förde med sig även underlättat det preventiva arbetet i stort.

En av fördelarna som barnmorskorna lyfte fram med AUDIT var att formuläret verkade bidra till att återge en sann bild av kvinnornas alkoholkonsumtion. Samtidigt uttalades en påtaglig och återkommande osäkerhet på hur ärliga kvinnorna verkligen är då de berättar att de inte dricker alkohol sedan de blivit gravida. Denna skepsis kan till viss del förklaras med statistik. Statistik från studier som visar att femton procent av kvinnorna fortsätter att konsumera alkoholhaltiga drycker även under graviditeten (Göransson 2004). I detta sammanhang kan även samhällets syn på alkohol i samband med graviditet utgöra ett problem paradoxalt nog. Att det är politiskt inkorrekt att dricka under graviditeten då detta inte är accepterat av allmänheten, enligt barnmorskorna. Vilket kan leda till att kvinnan inte vill berätta om hon druckit under graviditeten. Frågan är dock hur mycket fokus som behöver läggas vid om kvinnan säger hela sanningen. Självklart är det av vikt att barnmorskorna har verktyg och metoder som gör att kvinnorna vågar anförtro sig till dem. Men samtidigt kan barnmorskorna påverka alkoholvanorna genom att ta upp frågan, samtala och ge råd genom MI. Detta framkommer av barnmorskornas upplevelser och kan styrkas i studier av Handmaker med flera (1999) samt Floyd med flera (2007). Ur den synvinkeln kanske det inte har så stor betydelse om kvinnan är helt uppriktig, då hon ändå kan påverkas och medvetandegöras och därmed kan välja att förändra sitt beteende. Resultatet påvisade just vikten av det aktiva valet. Barnmorskorna påpekade att de inte bör säga vad som är rätt och fel. Istället ska kvinnan själv komma fram till detta genom samtalet med barnmorskan och den information hon får. Även Forsberg (2006) menar att barnmorskor som utbildats i MI inte längre upplever att de bär det fulla ansvaret för förändring av patientens vanor. De delar ansvaret tillsammans samt att det till sist är kvinnan som bär det fulla ansvaret för sina alkoholvanor. Frågan är då om alla kvinnor har möjligheten att göra detta aktiva val? Vad händer med dem som inte kan hantera sitt bruk av alkohol? I en sådan situation handlar det förmodligen om mer än ett riskbruk och i detta fall hänvisar barnmorskorna kvinnan vidare.

Då kunskapen från utbildningen skulle börja tillämpas i barnmorskorna verksamhet var en svårighet att de inte visst vart de skulle vända sig vid upptäckt av riskbruk. Som nämnts i bakgrunden har det senare gjorts en kartläggning av instanser i länet att hänvisa gravida kvinnor till vid alkoholproblem. Detta är en både styrka och en möjliggörande faktor för tillämpningen av kunskapen. Samt en trygghet för barnmorskan i det fortsatta arbetet. Samtidigt var det fortfarande någon barnmorska som var osäker på vart hon skulle vända sig vid behov. Förutom att ha vetskapen om var barnmorskan kan hänvisa så lyfts stöd från kollegor och övriga MVC-verksamheten som en ytterst möjliggörande faktor i arbetet med alkoholfrågan. Samtidigt som barnmorskorna arbetar självständigt så är det viktigt att ha en eller flera nära kollegor att bolla patientfall med. Att dessa förutsättningar framkom tydligt i resultatet anses inte vara överraskande. Och mot bakgrunden att flertalet barnmorskor i Västmanland har tagit del av samma utbildning och tillämpar kunskapen i sitt dagliga arbete finns även förutsättningar för att kunskapen kan spridas även till de barnmorskor som ännu inte utbildats. Barnmorskorna som grupp kan även stärkas då de vet att alla arbetar på samma vis och utgår från liknande metoder. Detta är någonting som annan primärvårdspersonal

skulle kunna ta lärdom av och ha barnmorskorna som förebilder i det alkoholpreventiva arbetet på vårdcentralerna ute i länet.

Fortsättningen av arbetet med alkoholfrågan är väsentlig att ta upp till diskussion. Resultatet visar att Riskbruksprojektets utbildning har gett målgruppen den kunskap de behöver för att ta upp frågan och samtala om alkohol med sina patienter. De metoder och verktyg som används underlättar arbetet och utbildningen har även fört med sig ett starkt fokus på alkohol just nu. För att hålla arbetet vid liv är det viktigt med uppföljningar och repetitioner av exempelvis MI. Dock verkade barnmorskorna överrens om att det inte behövs mer utbildning inom området i nuläget.

#### 6.2.5 Övriga fynd

Under intervjuerna yttrades synpunkter som flera av barnmorskorna återkom till och som inte omfattas av studiens specifika frågeställningar. Dessa redovisas kort och diskuteras i detta avsnitt, då de ändå ansågs relevanta och intressanta i sammanhanget.

Det har tidigare nämnts att alkoholfrågan kan vara känslig att beröra i mötet med patienter. Samtidigt uttryckte några av barnmorskorna att alkohol inte är ett av de känsligaste områdena att diskutera. Under intervjuerna framkom det att barnmorskorna även frågar och samtalar om våld med de gravida sedan några år tillbaka i tiden. Detta var till en början och är till viss del fortfarande en mycket känsligare fråga att ta upp än alkoholfrågan. Det framkom även att många kvinnor varit utsatta för våld i nuvarande eller tidigare relationer. Dessutom har många kvinnor problem med övervikt och en intervjuperson berättar att kost kan vara en känsligare fråga att samtala om än alkohol. Även rökningen är svårare, än alkoholen, att påverka på grund av att den är ett dagligt beroende. Det är svårare att motivera kvinnan till att sluta eller förändra någonting som blivit en vana i vardagen. De flesta kvinnor vet även att de inte bör röka under graviditeten, dock verkar det inte vara lika viktigt för flertalet att ge upp rökningen som att sluta dricka alkohol. Flertalet barnmorskorna berättade att det är främst tobak och kost som tar upp stor del av tiden i samtalet mellan barnmorskan och den gravida kvinnan idag. Dessa uttalanden som inte föll under någon specifik frågeställning är ändå relevanta då de pekar på att barnmorskorna arbetar med många tunga frågor och för dem kanske inte alkoholen är den svåraste. Men svårigheten kring alkoholfrågan ska heller inte förringas. Nu kanhända att barnmorskorna har hittat fungerande rutiner genom Riskbruksprojektet som underlättar då frågan ska tas upp. Samtidigt som det förmodligen kvarstår en svårighet i hur ett identifierat riskbruk ska hanteras. Beroende på att det skiljer sig från fall till fall vilket angreppssätt som är bäst.

Många gravida kvinnor som kommer till barnmorskan vill även diskutera alkohol i samband med amning. Att barnmorskorna gärna lyfte fram amningsfrågan kan bero på att den är aktuell just nu till följd av Livsmedelsverkets nya rekommendationer för alkohol i samband med amning. Flera av barnmorskorna påtalade även att de inte stödjer dessa rekommendationer. Detta beror främst på föräldrarollen i sig och inte på att barnet kan få i sig lite vin genom bröstmjölken. Alkoholen gör att föräldern ändrar beteende och röst vilket kan göra barnet otryggt. Barnmorskorna poängterade även genom att lyfta fram frågan att bara för att barnet är fött så innebär inte det att det slutat påverkas av att modern dricker.

#### 6.2.6 Fortsatt forskning

Fortsatt forskning om alkoholprevention inom hälso- och sjukvården behövs och är relevant för folkhälsovetenskapen. Detta för att kunna utveckla evidensbaserade metoder och ge det preventiva arbetet mer utrymme. Forskning utifrån både kvalitativ och kvantitativ metod

behövs i sammanhanget. Dels för att identifiera olika yrkesgruppers erfarenheter av att arbeta alkoholförebyggande samt i vilken utsträckning det arbetas med frågan. Även studier som undersöker patienternas upplevelse av alkoholprevention är av intresse att forska vidare inom. Specifikt för Riskbruksprojektet bör utvärderingar göras både nationellt och inom varje enskilt landsting. Studier på landstingsnivå kan sedan jämföras och olika landsting kan ta stöd av varandra i det fortsatta arbetet. Utvärderingar är även väsentligt med tanke på det ekonomiska stödet som fördelas varje år för att utveckla metoder inom detta problemområde. I Landstinget Västmanland kan målgruppen barnmorskor följas upp vidare genom att exempelvis studera implementeringsfaktorer eller att försöka nå patienterna som varit i kontakt med MVC för att kartlägga deras uppfattningar om alkoholarbetet. Utvärdering av de övriga målgrupperna, läkare, distriktssköterskor och barnhälsovårdspersonal är även det önskvärt. Samt att studera strukturer för att vidmakthålla arbetet och hur spridningen av utbildningskunskapen ser ut inom hela hälso- och sjukvårdens organisation i länet.

## 7 SLUTSATSER

Barnmorskorna har tagit till sig kunskapen i utbildningen på ett genomgående positivt sätt. Utbildningen har delvis gett ny kunskap i form av fakta om alkohol och riskbruk, verktyg som exempelvis AUDIT och Meny Agenda samt samtalstekniken MI. Utbildningen har främst bidragit till förändrade rutiner och ett mer grundligt och strukturerat alkoholpreventivt arbete i samband med graviditet. Barnmorskorna upplever att de nu har den kunskap som behövs för att ta upp och samtala om alkoholfrågan, med gravida. Samt att det går att påverka alkoholkonsumtionen.

Barnmorskorna tar rutinmässigt upp alkoholfrågan med gravida. De använder en kombination av faktakunskap, verktyg och MI då frågan tas upp och diskuteras. Vid identifiering av ett eventuellt riskbruk kan barnmorskan även där gå vidare med hjälp av MI. Även mannen till den gravida får ofta fylla i AUDIT. Samtal om alkohol med övriga patienter förs främst vid ett identifierat behov. Frågan är svårare att ta upp med övriga patienter. MI används i alla former av samtal med patienter och är inte kopplat endast till alkoholfrågan.

Styrkorna i tillämpningen var kombinationen av fakta, verktyg, MI och förändrade rutiner samt att barnmorskorna vet var kan hänvisa vidare vid ett riskbruk.

Svagheter fanns främst i ett inledningsskede med nya rutiner. Svårighet att applicera MI då barnmorskan har en medicinsk inriktning i botten, MI kräver mer tid än informationsförmedling. Det kan vara känsligt att ta upp alkoholfrågan i det tidiga hälsosamtalet. Ibland även svårt att i praktiken ge kvinnan en tid inom en vecka då hon ringer till vårdcentralen. Svårare att samtala om alkohol med patienter som inte är gravida.

Möjliggörande faktorer var att gravida vill komma tidigt till MVC, är motiverade, medvetna och förändringsbenägna. Alkohol i samband med graviditet är inte accepterat av allmänheten. Stöd från kollegor och övrig MVC-verksamhet samt samarbete med BVC. Barnmorskorna i länet har erbjudits samma utbildning samt att hälso- och sjukvård har blivit mer preventivt inriktad. Uppföljningar är möjliggörande i fortsättningen.

Hindrande faktorer var förändrade alkoholvanor och alkoholpolitik, riskbruk som bottnar i social problematik och att det inte är allmänt känt med tidiga hälsosamtal. Samt att det saknas gemensamma strategier för alkoholprevention mellan enheter ute på vårdcentraler.

## REFERENSER

Andréasson, S. & Grafman, K. (2002). Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen*. vol. 99 ss. 4252-4255.

Andréasson, S., Göransson, B., Lindberg, J., Nycander, S., Romanus, G. & Westerholm, B. (2001). *Kris i alkoholfrågan. Nya villkor för folkhälsa och välfärd*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg bokförlag

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur

Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. vol. 19 ss. 103-110.

Brännström, R. (2006). *Effekter av kunskapsspridning kring förebyggande insatser mot riskfylld alkoholkonsumtion på vårdcentraler i Stockholm*. Stockholm: STAD, Stockholm läns landsting

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB

Collste, G. (2002). *Inledning till etiken*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur

Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R. & Worthen, B. R. (2004). *Program Evaluating – alternative approaches and practice guidelines*. Tredje upplagan. London: Pearson Education

Floyd, RL., Sobell, M., Velasquez, MM., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., Mullen, PD., Ceperich, S., von Sternberg, K., Bolton, B., Johnson, K., Skarpness, B. & Nagaraja, J. (2007). Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*. vol. 32 ss. 1-10.

Forsberg, L. (2006). Motiverande samtal – bättre än råd. *Läkartidningen*. vol. 103 ss. 3178-3180.

Göransson, M. (2004). *Alcohol consumption during pregnancy: How do we separate myth from reality?* Huddinge: Karolinska universitetssjukhuset

Haglund, B. J. A. & Svanström, L. (1992). *Folkhälsovetenskap – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Handmaker, N., Miller, W. & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*. vol. 60 ss. 285-287.

Johansson, K. & Wirbing P. (2005). *Riskbruk och missbruk – alkohol läkemedel narkotika*. Stockholm: Natur och Kultur

Johnson, A. (2000). *Hur mycket kostar supen?* Malmö: Sober Förlag

Karlsson, O. (1999). *Utvärdering - mer än metod*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Landstinget Västmanland (2007a). *Alkohol och graviditet – Vårdprogram*. Västerås: Landstinget Västmanland
- Landstinget Västmanland (2007b). *Riskbruksprojektet/ Motiverande samtal – implementering av systematisk sekundärprevention i Västmanlands primärvård. Projektansökan till Socialdepartementet*. Västerås: Landstinget Västmanland
- Landstinget Västmanland (2007c). *Landstingsplan 2008-2010*. Västerås: Landstinget Västmanland
- McLaughlin, J. A. & Jordan, G. B. (1999). Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*. vol. 22 ss. 65-72.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing – preparing people for change*. Second edition. New York: The Guilford Press
- Minkler, M. (2005). *Community organizing and community building for health*. Second edition. New Jersey: Rutgers University Press
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*. vol. 13 ss. 27-44.
- Patel, R. & Davidson, B. (2002). *Forskningsmetodikens grunder att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Prochaska, J. & DiClemente C. (1986). Toward a comprehensive model of change. *Treating addictive Behaviors: Process of Change*. New York, Plenum Press: 4-27
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskaps sammanställning*. Stockholm: SBU
- Socialdepartementet (2002). *Mål för folkhälsan*. Regeringens proposition 2002/03:35. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialdepartementet (2005). *Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner*. Regeringens proposition 2005/06:30 Stockholm: Socialdepartementet
- Socialdepartementet (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. Regeringens proposition 2007/08:110. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen (2002). *Utveckling av metoder för hur andelen primärvårds- och företagshälsovårdspersonal som genomgår fortbildning om alkohol kan öka*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2008). *En utvärdering av alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården 2006-2007*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SoRAD (2006). *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. Stockholm: SoRAD, Stockholms Universitet [www.sorad.su.se](http://www.sorad.su.se)

SoRAD (2007). *Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige under 2007 – en preliminär skattning av registrerad och oregistrerad alkohol*. Stockholm: SoRAD, Stockholms Universitet [www.sorad.su.se](http://www.sorad.su.se)

SOU (Statens Offentliga Utredningar) (2005). *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Stockholm: SOU

Springett, J. (2001). Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health*. vol. 11 ss. 140-151.

Tirkkonen, M. (2005). *Förslag till utvärderingsplan för: Riskbruksprojektet Motiverande samtal – implementering av systematisk sekundärprevention i Västmanlands primärvård*. Västerås: Landstinget Västmanland

Trost, J. (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur Tredje upplagan

Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

WHO (World Health Organisation) (1948). *Constitution*. New York: WHO

WHO (World Health Organization) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève: WHO

## Bilaga 1

### **Styrgrupp och projektgrupp för Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt**

Styrgruppen består av:

- Biträdande divisionschef, tillika styrgruppens ordförande, Lena Höök.
- Representant för familjeläkarverksamhet och studierektor för ST-läkarverksamheten Sofia Tracz.
- Representant för mödrahälsovårdsverksamheten, överläkare Anna Berglund kvinnokliniken.
- Representant för barnhälsovårdsverksamheten, överläkare Kerstin Werner barnkliniken.
- Representant för Landstingets Folkhälsoenhet Jan Larsson.
- Föredragande Hanna Nordstrand projektledare.

Projektgruppen består av:

- Projektledare Hanna Nordstrand (20%).
- Representant för mödrahälsovårdsverksamhet, Anita Pfeiffer samordningsbarnmorska.
- Representant för barnhälsovårdsverksamhet, Eva Söderqvist vårdutvecklare i barnhälsovård.
- Representanter för distriktssköterskeverksamhet, Åsa Lindmark distriktssköterska och Ylva Gunnarsson distriktssköterska.
- Representant för Landstingets Folkhälsoenhet, Jan Larsson.

Intern beställare för Riskbruksprojektet i Västmanland är divisionschef för Närsjukvården. Vid projektets start var detta Kjell Enderborn, idag är Christina Jogér divisionschef.

## Bilaga 2

### Intervjuguide

Hur länge har du varit yrkesverksam barnmorska?  
Hur länge har du arbetat här på denna vårdcentral?  
Hur många barnmorskor är ni som arbetar här på denna vårdcentral?  
Hur många patienter träffar du under en normal arbetsdag?  
Vad anser du är din viktigaste uppgift att förmedla till dina patienter?  
Hur fick du kännedom om Västmanlands Riskbruksprojekt och utbildningen?  
Vad anser du om utbildningsinnehållet (alkoholfakta och MI) i Riskbruksprojektet?  
Hur ser du på utbildningen i förhållande till annan liknande utbildning inom alkoholområdet?

Tar du upp alkoholfrågan med dina patienter? (Gravida?) (Pappan?) (Andra patienter?)  
Hur tar du upp frågan? (Rutiner?) (Gärna exempel)  
Använder du dig av något verktyg/hjälpmiddel när du tar upp alkoholfrågan med kvinnan?  
Hur fungerar det? (Gärna exempel)  
Vill du berätta om det tidiga hälsosamtalet?

Anser du att utbildningen tillfört dig ny kunskap? (På vilket sätt?)  
Använder du dig av utbildningskunskapen i ditt arbete? (Hur?)  
Vilken uppfattning har du om Motiverande samtalsteknik som verktyg i ditt arbete?  
På vilket sätt anser du att du har nytta av kunskapen från utbildningen i mötet med patienten?

Om det finns några skillnader i hur du samtalar med dina patienter nu och innan utbildningen, hur skulle du beskriva dem?  
Samtalade du om alkohol med dina patienter även tidigare? (I samma omfattning?) (Hur?)

Upplever du att du har den kunskap som behövs för att samtala och ge råd om alkohol och riskbruk?  
Upplever du att det går att påverka alkoholkonsumtionen genom att ta upp alkoholfrågan med patienten? (På vilket sätt?)  
Hur upplever du att patienten reagerar när du tar upp alkoholfrågan?  
Upplever du några svårigheter med att ta upp alkoholfrågan med patienten?

Diskuterar du kring alkoholprevention med andra barnmorskor eller annan vårdpersonal på din vårdcentral?  
Kan du berätta lite om det?  
Känner du stöd från dina kollegor i det alkoholpreventiva arbetet?  
Hur upplever du att stödet är från resten av verksamheten? (Möjligheter, hinder)  
Hur tänker du kring fortsättningen av det alkoholpreventiva arbetet?  
Behövs mer utbildning och uppföljning? (Vad?)  
Hur går Du vidare vid upptäckt av riskbruk/missbruk?  
Finns det något annat du skulle vilja säga om Riskbruksprojektets utbildning eller alkoholfrågan som vi inte redan har tagit upp idag?



## Bilaga 3

### **Missivbrev till Barnmorskor**

Hej, jag läser det tredje året på det Folkhälsovetenskapliga programmet vid Mälardalens Högskola i Västerås. Jag har fått i uppdrag att utvärdera Landstinget Västmanlands Riskbruksprojekt och denna utvärdering kommer att ske i form av ett examensarbete nu under våren. Utvärderingen har avgränsats till att omfatta målgruppen barnmorskor och syftet är att studera hur barnmorskorna tillämpat den utbildning de fått genom projektet.

Anledningen till att jag nu kontaktar Dig är för att jag gärna skulle vilja ta del av Dina uppfattningar om Riskbruksprojektets utbildning samt hur kunskapen tillämpas i mötet med patienten. Jag har fått uppgifter från Landstinget Västmanlands samordnande barnmorska om att Du deltagit i Riskbruksprojektets utbildning och vill höra om Du har tid och möjlighet att ställa upp på en intervju? Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter och kommer att spelas in på band. Om Du har möjlighet att medverka så kommer jag till Din arbetsplats för att genomföra intervjun, eller om Du önskar att genomföra den på någon annan plats. Allt material kommer att behandlas anonymt, deltagandet är självklart helt frivilligt och Du kan avbryta din medverkan i utvärderingen när som helst.

Kontakta mig via mail eller telefon om Du har möjlighet att delta i intervjun och ge gärna förslag på dag och tid, under vecka 17 – 20, då det passar Dig.

Vänliga hälsningar

Maria Nordin  
mnn05004@student.mdh.se  
070-5688362