



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for å avdekke høyt alkoholkonsum på sykehus

Linn Kari Bruun og Rita Skogvoll

Totalt antall sider inkludert forsiden: 62

Molde, 07.05.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for å avdekke høyt alkoholkonsum på sykehus

Tittel på engelsk: Nurses use of mapping tools to detect high alcohol consumption in hospitals

Forfatter(e): Linn Kari Bruun og Rita Skogvoll

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2010

Veileder: Ingeborg Ulvund

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 22.03.10

Antall ord: 11449

Sammendrag

Bakgrunn: Over 60 ulike sykdommer er koblet direkte til alkoholbruk, og alkoholrus spiller en stor rolle ved ulykker og skader i dagens samfunn. På verdensbasis er det ca 1,8 millioner mennesker som dør hvert år på grunn av alkohol. WHO har kommet fram til at alkohol er den femte viktigste skadefaktoren.

Hensikten med vår litteraturstudie var å komme frem til kunnskap som kan være til nytte for sykepleiere når de skal samle inn data om alkoholforbruk hos inneliggende pasienter.

Metode: Vår litteraturstudie består av 14 kvantitative og 2 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Det finnes ulike kartleggingsverktøy sykepleiere kan bruke i sin praksis i avdekking av pasienters alkoholkonsum, og verktøyene viser seg å ha ulike egenskaper. Noen sykepleiere er skeptiske til screening på grunn av store arbeidsmengder og frykt for negative reaksjoner fra pasientene. Men det viser seg at sykepleiernes holdninger og meninger angående alkoholscreening kan endre seg etter gjennomført screening.

Konklusjon: Vår litteraturstudie viser at sykepleier ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy kan avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter innlagt i spesialisthelsetjeneste. Sykepleieren bør innhente informasjon om pasienters alkoholkonsum for å kunne gi de individuelt tilpasset informasjon som de har krav på i følge pasientrettighetsloven § 3-2.

Nøkkelord: alkoholscreening, sykepleier, sykehus, kartleggingsverktøy, alkoholkonsum.

Abstract

Background: Over 60 different diseases are directly connected to alcohol use, and alcohol plays a major role in accidents and injuries in today's society. Globally there are about 1.8 million deaths annually because of alcohol. WHO has concluded that alcohol is the fifth most important damage factor.

The purpose of our literature study was to discover knowledge that can be useful for nurses when they collect data on alcohol consumption among admitted patients.

Method: Our literature study consists of 14 quantitative and 2 qualitative research articles.

Result: There are various mapping tools nurses can use in their practice in the disclosure of patients' alcohol consumption, and the tools appear to have different properties. Some nurses are skeptical of screening because of large workloads and fear of negative reactions from patients. But it turns out that nurses' attitudes and opinions about alcohol screening may change after completion of screening.

Conclusion: Our literature study shows that nurses using various mapping tools can detect high alcohol consumption in patients admitted to hospital. The nurse should obtain information about patients' alcohol consumption in order to provide the personalized information they are entitled according to Pasientrettighetsloven § 3-2.

Keywords: alcoholscreening, nurse, hospital, mappingtools, alcohol consumption.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstilling	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.....	4
2.2 Generell screening.....	6
2.3 Alkoholscreening	7
3.0 Metodebeskrivelse	9
3.1 Steg 1 – Spesifisere forskningsproblem.....	9
3.2 Steg 2 – Spesifisere inkluderings- og ekskluderings kriterier som gjelder for studie10	10
3.3 Steg 3 – Formulere en plan for litteratursøkingen	10
3.4 Steg 4 – Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte studier samles	11
3.5 Steg 5 – Tolkningsresultat av de individuelle artiklene	13
3.6 Steg 6 – Sammenligning av resultatet	13
3.7 Steg 7 – Klargjøring av artiklenes kvalitet.....	14
4.0 Resultat	15
4.1 Screening som metode	15
4.2 Praktiske aspekter ved utøvelse av screening	16
4.3 Sykepleierens ansvar og kompetanse.....	18
4.4 Sykepleierens mening og holdning til screening	18
4.5 Opplæring i screening og korte intervensjoner	20
5.0 Metodediskusjon	22
6.0 Resultatdiskusjon	25
6.1 Screening som metode	25
6.2 Praktiske aspekter ved utøvelse av screening	28
6.3 Sykepleierens ansvar og kompetanse.....	29
6.4 Sykepleierens mening og holdning til screening	30
6.5 Opplæring i screening og korte intervensjoner	32
6.6 Konsekvenser for klinisk praksis	33
7.0 Konklusjon.....	34
Litteraturliste:	35

Vedlegg:

Vedlegg 1 Søketabell

Vedlegg 2 Fargekoding av funn

Vedlegg 3 CAGE

Vedlegg 4 AUDIT

Vedlegg 5 Oversiktstabell

1.0 Innledning

20 % av pasientene som legges inn på somatiske sykehus har et høyt alkoholkonsum. Pasienter blir svært sjelden spurt om alkoholbruk og får derfor ikke informasjon eller råd. Over 60 ulike sykdommer er direkte koblet til alkoholbruk, og faren for blant annet høyt blodtrykk, brystkreft og ulike infeksjonssykdommer øker ved høyt alkoholkonsum (Spilling 2008). I følge Fekjær (2004) dør ca 1 804 000 mennesker i verden hvert år på grunn av alkohol. Dette tilsvarer 3,2 % av totalt antall dødsfall i verden hvert år. WHO har kommet fram til at alkohol er den femte viktigste risikofaktoren. Alkohol er rangert foran fysisk inaktivitet, overvekt og høye kolesterolverdier (Fekjær 2004).

Sykepleiere må for å kunne utøve omsorgsfull, ansvarlig og handlingsorientert sykepleie inneha kunnskap om pasientens helsetilstand og livssituasjon, noe sykepleiere som oftest innhenter gjennom samtaler med pasienten (Mekki 2004). Ut ifra dette kan man si at sykepleier også bør ha kunnskap om pasientenes alkoholkonsum da informasjon om pasientens helse må ligge til grunn for utøvelsen av ansvarlig og handlingsorientert sykepleie.

I pasientrettighetsloven § 3-2 fremgår det at pasientene har rett til å få informasjon som gir dem innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen (www.lovdata.no). En stor del av sykepleierens rolle innebærer da å gi pasienter informasjon om forhold som angår deres helse, noe som inkluderer farene ved høyt alkoholkonsum.

Forfatterne søkte å finne litteratur og forskning omkring temaet alkoholscreening i Norge, men vi har funnet lite informasjon om dette. Vi valgte derfor å ta kontakt med Jan Tore Daltveit som er spesialrådgiver i avdelingen for rusmedisin ved Helse-Bergen for å få informasjon om hvor aktuelt alkoholscreening er i Norge. Dette ble gjort gjennom telefonsamtale og e-post. Vi har fått tillatelse av Daltveit til å bruke informasjonen han har gitt oss i vår litteraturstudie.

Alkoholscreening er et verktøy som søker å avdekke høyt alkoholkonsum.

Alkoholscreening søker ikke å "ta" eller straffe misbrukere, men det søker å fange opp de med høyt alkoholkonsum . Dette for å gi disse informasjon og behandling som videre kan

reduere deres forbruk da de kanskje var uvitende til at deres forbruk var høyt. Sykepleiere har en gylden mulighet til å kartlegge pasienters alkoholkonsum på grunn av hyppig pasientkontakt. Alkoholscreening gir sykepleierne en mulighet til å formidle råd og veiledning til de pasientene som blir identifisert med høyt alkoholkonsum. Dersom det viser seg at pasientene trenger behandling for sitt alkoholkonsum kan sykepleier tilby eller videreformidle dette. Informasjon om pasientenes alkoholkonsum vil også gjøre det lettere for sykepleiere å gi korrekt behandling for pasientens inkomstårsak, da alkohol kan påvirke eller forårsake en rekke sykdomstilstander (Daltveit, telefonsamtale, 05.02.10)

På Haukeland Universitetssykehus jobbes det med å få innført rutinemessig screening av alkoholbruk ved hjelp av en kortversjon av kartleggingsverktøy AUDIT. De planlegger å prøve ut dette skjemaet ved 3 ortopediske poster i løpet av nærmeste framtid. Haukeland Universitetssykehus har et nært samarbeid med Stavanger Universitetssykehus, nærmere bestemt Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest – KoRFor. Stavanger Universitetssykehus har kanskje kommet lengst på dette feltet i Norge. KoRFor har ansatt en psykiatrisk sykepleier og ruskonsulent som går rundt på sykehuset for å snakke med pasienter om alkohol og andre rusproblemer. De har likevel ikke noe systematisk screening og mange vil derfor risikere å ikke bli oppdaget. Man regner med at man kun avdekker 30 % av de som har et høyt alkoholkonsum dersom man ikke systematisk spør alle pasientene om alkoholforbruk. Det er dette det arbeides mot nå, og planen er at Stavanger også skal ta i bruk screeningsskjemaet når det er klart. Den største utfordringen i gjennomføring av alkoholscreening hos pasienter på sykehus ligger ikke i problematikken med at pasientene føler seg forlegne, men i vår kultur og våre holdninger. Kulturen er indirekte med på å påvirke hva som er et akseptert alkoholforbruk. Holdningene hos den som skal utføre screeningen er ofte preget av at de føler kartlegging av pasientens alkoholkonsum er uetisk da kontaktårsaken er noe helt annet (Daltveit e-post 04.02.10).

1.1 Hensikt

Hensikten med vår litteraturstudie var å komme frem til kunnskap som kan være til nytte for sykepleiere når de skal samle inn data om alkoholforbruk hos inneliggende pasienter.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kartleggingsverktøy avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten?

2.0 Teoribakgrunn

Alkohol forårsaker en rekke fysiske og psykiske lidelser og selvmordsraten er høyere for de med alkoholproblemer enn for den alminnelige befolkningen (Mundt et al. 2003). Alkoholrus spiller også en stor rolle ved ulykker og skader i dagens samfunn (Malt, Retterstøl og Dahl 2003). Det er anslått at det i Norge dør ett til to tusen mennesker hvert år som følge av alkoholrelaterte sykdommer (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003) av totalt 43047 dødsfall i Norge per 2003 (www.ssb.no). På verdensbasis er det i følge Fekjær (2004) ca 1 804 000 mennesker som dør hvert år på grunn av alkohol. Dette tilsvarer 3,2 % av totalt antall dødsfall i verden hvert år.

Begrepet høyt alkoholkonsum blir ofte brukt i sammenheng med antall konsumerte alkoholenheter per uke. En alkoholenhet tilsvarer 1 liten flaske med øl, 1 glass vin eller 1 drink. Pasienter har høyt alkoholkonsum når antallet konsumerte enheter per uke overstiger 21 enheter for menn og 14 enheter for kvinner (Spilling 2008). Det er bred enighet om disse grensene for høyt alkoholkonsum og de er hyppig brukt i litteratur og forskning som omhandler alkohol.

2.1 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

En viktig del i utøvelsen av sykepleie er sykepleierens pedagogiske funksjon. Dette inkluderer blant annet undervisning, veiledning og instruksjon til pasienter for å gi dem økt kompetanse i forhold til deres helseproblem. Sykepleiere skal fremme pasientenes egne mestringmuligheter gjennom å vektlegge hver enkelt pasients ressurser og gjennom læring om sin helsetilstand. Dette kan relateres til begrepet empowerment hvor pasienten har en sentral brukermedvirkning i forhold som angår hans helse. Gjennom veiledning til pasienten kan han bli bevisst på sine egne motstandsressurser som gjennom læring kan styrkes (Tveiten 2008). For at sykepleier skal kunne gi pasienten tilstrekkelig informasjon er det viktig at hun har kunnskap om de aspekter ved pasientens liv som kan påvirke hans helsetilstand. Alkohol kan påvirke og forårsake en rekke sykdomstilstander og det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om pasientens alkoholkonsum. Dersom pasienten har et alkoholkonsum som er skadelig for hans helse er det sykepleierens ansvar å informere han om dette slik at han kan ta selvstendige avgjørelser til det beste for hans

helse (Norsk Sykepleierforbund 2006). Dette kommer også fram i følge Norsk sykepleierforbunds (2006) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

”2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.” (Norsk Sykepleierforbund 2006, 6) og

”5.4 Sykepleieren bidrar til fagutvikling og forskning, og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis.” (Norsk Sykepleierforbund 2006, 8).

Sykepleiere er underlagt helsepersonelloven som har som formål å bidra til kvalitet i helsetjenesten, sikkerhet for pasienter og tillit til helsetjeneste og helsepersonell. Det fremgår i helsepersonelloven § 10 at sykepleiere som yter helsehjelp er pliktig til å gi informasjon til aktuelle parter som de har krav på i følge pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (www.lovdata.no). Sykepleiere er dermed lovpålagt å gi pasienter informasjon om forhold som angår deres helse, noe som også inkluderer farene ved høyt alkoholkonsum. For å kunne utføre dette må sykepleier først kartlegge pasientens alkoholkonsum. En metode for å komme frem til denne informasjonen kan være ved bruk av alkoholscreening.

En måte for å innhente denne type informasjon om pasienten på kan være gjennom et intervju med pasienten utført av sykepleieren. Dette er en viktig metode for datainnsamling om pasientens helsetilstand, og det bør foretas så fort som mulig etter pasientens innkomst til avdelingen eller så fort pasienten føler seg i form til det. Pasienten kan i et intervju ha anledning til å gi og/eller å få informasjon, og på denne måten også få en tidlig forståelse og dialog mellom pasienten og sykepleieren. Avgjørende for hvordan datainnsamlingen blir kan være sykepleierens erfaring og kunnskap i forhold til relasjonsbygging og kontakt. Etter endt intervju eller annen form for datainnsamling skal sykepleierne dokumentere opplysningene som har kommet frem etter kontakten med pasienten (Heggdal 2006).

VIPS-modellen er et hjelpemiddel som sykepleiere kan bruke ved dokumentasjon. Svært mange har tatt i bruk denne modellen, og mange sykehus i Norden bruker VIPS for å strukturere sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen. Søkord hjelper sykepleier til å strukturere datasamlingen og det er pasientens behov for sykepleie som står sentralt. En skal samle informasjon om de områdene som er aktuelle for hver enkelt pasient, ikke nødvendigvis om alle punktene i modellen. Det ene søkeordet i VIPS-modellen er psykososialt og relasjoner og det er her VIPS-modellen tar for seg pasientens

alkoholkonsum. Avhengighetsforhold, alkohol og misbruk skal oppgis her dersom dette oppfattes som et problem for pasienten. Siden mange sykehus i Norden bruker VIPS som et hjelpemiddel har mange sykepleiere derfor en gylden mulighet til å inkludere spørsmål om alkohol ved samtale med pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006).

Opplysningene som kommer frem gjennom bruk av VIPS-modellen skal journalføres jamfør plikten til å føre journal som fremgår i Helsepersonelloven § 39, hvor den som yter helsehjelp skal registre eller nedtegne opplysninger i hver enkelt pasientens journal (www.lovdata.no).

2.2 Generell screening

Screening kan i følge Mæland (2005) avdekke tilstander på et tidlig stadiet og dermed være en viktig forebyggende strategi. Derimot er ingen screeningsmetode 100 % sensitive og 100 % spesifikke, noe som vil medføre at noen tilfeller blir oversett og i andre tilfeller stille falsk positiv diagnose.

Screening er systematisk bruk av en test for å identifisere individer med tidlig stadium av en sykdom eller tilstrekkelig høy risiko for en spesifikk sykdom/tilstand til å kunne dra nytte av videre utredning eller direkte behandling blant personer som ikke har søkt helsevesenet pga. symptomer for denne tilstanden (Joakimsen og Fønnebø 2001).

Det finnes ulike måter å utføre screening på for eksempel blodprøver, røntgen undersøkelser, spørreskjema eller intervju. Forfatterne har valgt å fokusere på bruk av kartleggingsverktøy som metode for å avdekke høyt alkoholkonsum. I standardiserte kartleggingsverktøy er alle spørsmål like, og de er listet opp i kronologisk rekkefølge. Det finnes både spørreskjema og intervjuer som er laget til dette formålet, og for at de skal være pålitelige og gi gyldige mål må de ha gode psykometriske egenskaper. Graden av validitet og reliabilitet i et kartleggingsverktøy er viktig for å finne ut hvor realistisk resultatet er. Validiteten sier noe om i hvilken grad resultatet fra kartleggingsverktøyet er gyldig, og i hvor stor grad resultatet er samsvar med referansestandard som skal gi en sikker diagnose. Reliabilitet handler om i hvor stor grad gjentatte utspøringer under samme forhold gir samme resultat. Desto mindre et spørreskjema eller standardisert

intervju påvirkes av personene som administrerer verktøyene, desto høyere reliabilitet har kartleggingsverktøyet (Larun et al. 2007).

2.3 Alkoholscreening

Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy som kan brukes for å avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter. Noen av disse er:

- CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) består av fire spørsmål som fokuserer på avhengighet. Testen er positiv dersom pasienten har to eller flere positive svar. CAGE tar liten tid å gjennomføre (Castells og Furlanetto 2004). (Se vedlegg 3).
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) er utviklet av Verdens Helseorganisasjon som et hjelpemiddel for å kartlegge overstadig alkoholforbruk. AUDIT finnes i mange varianter, men originalversjonen består av ti spørsmål som omhandler nivået av alkoholkonsum, symptomer av alkoholavhengighet og problem som er assosiert med alkoholbruk. I utgangspunktet er testen positiv dersom det er 8 eller flere positive svar (Aasland, Nygaard og Nilsen 2008). (Se vedlegg 4).
- BAC (Blood Alcohol Concentration) er en blodprøve som kan avdekke nivået av alkohol i blodet. Det er en enkel og billig metode, men er ikke nøyaktig nok brukt alene til å avdekke høyt alkoholkonsum (Hartsock 2002).
- Drikkedagbok

Pasientenes innkomst på sykehuset er en god anledning til å drøfte sykdom, livsstil og fordeler ved endring av livsstilvaner. En systematisk innsats med forebyggingssamtaler om alkohol har som mål å identifisere pasienter med høyt alkoholkonsum og tilby de hjelp til endring av sitt alkoholforbruk. På grunnlag av pasientens individuelle behandling er det viktig at pasienters alkoholforbruk kartlegges da høyt alkoholkonsum kan gi en økt risiko for sykdom og skade både fysisk, psykisk og sosialt. En måte å spørre pasientene systematisk om deres alkoholkonsum på, kan være i forbindelse med innkomstsamtalen (Mundt et al. 2003). Det er utarbeidet standardiserte kartleggingsverktøy for å kartlegge høyt alkoholkonsum hos pasienter som kan brukes for å gjennomføre dette.

I forskningsøyemed brukes ofte ”korte intervensjoner” i sammenheng med utprøving av alkoholscreeningsverktøy. Dette kan defineres som enhver kortvarende terapeutisk intervensjon hvor behandleren ikke er spesialist innen alkoholbehandling, og hvor målet er reduksjon i alkoholforbruket eller videre henvisning. For å kunne gjennomføre korte intervensjoner som viser seg å ha effekt, må pasientene først kartlegges for høyt alkoholkonsum (Larun et al. 2007). Vi velger å ikke gå nærmere inn på tiltak og intervensjoner da vårt fokus er rettet mot sykepleiers bruk av screening for å avdekke høyt alkoholkonsum.

I følge Spilling (2008) blir pasienter svært sjelden spurt om alkoholbruk og får derfor ikke informasjon om alkohol og skadevirkninger. Det kommer også frem at helsepersonell skygger unna spørsmål om alkoholbruk fordi de ikke har nok kunnskap om sammenhengen mellom sykdom og rusmiddelbruk, og fordi de er redde for at pasientene skal føle seg krenket. Det viser seg derimot at pasientene stort sett er positive til å bli spurt om alkoholvaner, og mange av pasientene er heller ikke klar over at alkohol kan være en viktig årsak til deres plager. Sykehusene er en viktig arena i rusforebyggende arbeid fordi man på denne måten kan fange opp pasienter før alkoholforbruket har utartet seg. Pasientene er også mer motiverte til å ta imot veiledning når de allerede er innlagt på sykehus (Spilling 2008).

Alkoholmisbruk blir dessuten hyppig underdiagnostisert, og flere pasienter på sykehus behandles for fysiske lidelser når primærproblemet er alkoholproblemer. Dette kan være på grunn av manglende innsikt eller frykt for innrømmelse hos misbrukeren selv (Mundt et al. 2003). Dersom høyt alkoholkonsum ikke blir avdekket får pasientene heller ikke korrekt behandling eller individuelt tilpasset informasjon.

3.0 Metodebeskrivelse

Hensikten med en litteraturstudie er å gjøre en beskrivende bakgrunn som motiverer til videre forskning på et valgt tema eller å beskrive mengden av kunnskap innom et visst område. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier på en systematisk måte (Forsberg og Wengström 2008). Når vi gransket vitenskapelig litteratur brukte vi tilpasset Goodmans sju steg. De sju stegene er en metode for å finne og granske vitenskapelig litteratur.

Det mest hensiktsmessige i forbindelse med vår problemstilling er kvantitativ og kvalitativ forskning, da vi søker å finne ut hvordan sykepleier kan avdekke høyt alkoholkonsum hos inneliggende pasienter i spesialisthelsetjenesten. Den kvantitative metoden søker å forme data om til målbare enheter. Forskeren skaffer seg systematiske opplysninger om ulike undersøkelsesenheter, som til slutt uttrykkes i tall og analyseres. Kvantitative metoder ønsker å få frem målbare enheter, og den tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland 2007). Kvalitative metoder søker å kartlegge, fordype, forklare eller beskrive forståelsen for individers oppfatninger og opplevelser av en situasjon (Wilman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

3.1 Steg 1 – Spesifisere forskningsproblem

Hensikten med vår litteraturstudie var å komme frem til kunnskap som kan være til nytte for sykepleiere når de skal samle inn data om alkoholforbruk hos inneliggende pasienter. Ut ifra dette ville vi undersøke hvordan sykepleiere kan avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter, og hvilke ulike aspekter som kommer frem i forbindelse med dette.

Alkoholscreening utføres med det formål å avdekke høyt alkoholkonsum for å kunne gi individuelt tilpasset informasjon og behandling til disse pasientene. I denne litteraturstudien velger vi å ikke gå nærmere inn på videre tiltak og behandling etter alkoholscreening, og vi ønsket derfor å finne forskningsartikler som omhandlet sykepleierens utførelse av alkoholscreening på sykehus.

3.2 Steg 2 – Spesifisere inkluderings- og ekskluderings kriterier som gjelder for studier

Vi ønsket å finne artikler som var både kvalitative og kvantitative, da begge disse metodene kan belyse vår problemstilling på en god måte. Studien skulle være gjennomført i spesialisthelsetjenesten og måtte omfatte et alkoholscreeningsverktøy sykepleiere kunne bruke i sin arbeidshverdag. Andre inklusjonskriterier var at pasientgruppen kunne omhandle begge kjønn, dette for å være åpne for kjønnsforskjeller. Utvalget skulle være personer fra 12 til 80 år. Videre skulle studiene være vitenskapelige og gi svar på litteraturstudiets hensikt og problemstilling. Et krav var også at artiklene skulle være refereevurdert. Forskningsartiklene skulle være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk og ikke være eldre enn 10 år.

3.3 Steg 3 – Formulere en plan for litteratursøkingen

Ifølge Goodman skal fire steg følges i litteratursøkingsplanen.

Identifisere disponible ressurser

Ifølge vår tidsplan skulle vi være ferdige med litteratursøkingen til 26.02.10. Artiklene kunne skaffes via databasene i fulltekst, de som ikke var tilgjengelige ble bestilt via biblioteket ved Høgskolen i Molde. Vi hadde også mulighet til å kontakte fagpersoner innen rusomsorg for å innhente informasjon om alkoholscreening i Norge. Vi hadde tilgang til faglitteratur gjennom biblioteket ved Høgskolen i Molde.

Identifisere de kilder som anses som relevante

Databasene som ble brukt i litteratursøkingen var British Nursing Index (OVID), PsychINFO (OVID), Ovid Nursing Full text Plus, Norart, Ovid, Proquest Nursing Journals, Medline (OVID) og SveMed+. Forfatterne anså disse databasene som relevante for litteraturstudiets hensikt da de omfatter sykepleievitenskap, helse, medisin og psykiatri. Faglitteratur ble hentet fra biblioteket ved Høgskolen i Molde og fra sikre nettsider som for eksempel Sirius.

Forskningsproblemet avgrenses og hovedsøkeord bestemmes

Målet med søket var å finne forskningsartikler som var relevante for litteraturstudiets hensikt og problemstilling. For å komme fram til hovedsøkeord ble det tatt utgangspunkt i

problemstillingen og hensikten, noe som resulterte i søkeordene ”alkohol/alcohol”, ”screen, uncover/avdekke”, ”nurse/sykepleie”, ”sykehus/hospital” og ”patient/pasient”. Vi foretok også et søk med søkeordene ”nurse”, ”assessment”, ”perspective”, ”role”, ”conduct”, ”alcoholscreening” og ”hospital”. Vi brukte aktivt trunkeringstegn for å utvide søkeordene mest mulig. MeSH-termer som ble brukt var blant annet ”nursing”, ”hospitals”, ”hospitalized patients” og ”alcohol and alcoholism”. Søkeordene ble satt sammen med AND eller OR etter hva som var hensiktsmessig. Søket ble gjennomført med avgrensning i alder på forskning.

Utvikle søkestrategi for hver database

Forfatterne gjennomførte søket sammen og brukte søkeordene som tok utgangspunkt i hensikten og problemstillingen. Søkeordene ble i noen tilfeller brukt i ulike rekkefølger. Vi anvendte de databasene som var tilgjengelige via biblioteket ved Høgskolen i Molde. De artiklene som var relevante, men som ikke var tilgjengelige i fulltekst ble søkt opp i Bibsys for å se om de var tilgjengelige via biblioteket ved Høgskolen i Molde. I de tilfellene dette ikke ga resultat, ble navnet på den aktuelle artikkelen søkt opp i Google for å se om den var tilgjengelig via andre databaser og nettsteder. Dersom dette ikke gav resultat bestilte vi artikkelen på biblioteket ved Høgskolen i Molde.

3.4 Steg 4 – Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte studier samles

Forfatterne gjennomførte alle artikkelsøkene sammen. Etter hvert søk leste vi gjennom titlene og gikk nærmere inn på de artiklene vi mente var interessante ved å lese abstrakt. Vi leste deretter gjennom abstraktene sammen og vurderte om dette var relevant for vår problemstilling. I de tilfellene abstraktene var interessante, forsøkte vi å finne artikkelen i fulltekst gjennom databasen. Dersom artikkelen var tilgjengelig i fulltekst, ble denne skrevet ut for nærmere granskning. De artiklene som ikke var tilgjengelige i full tekst ble bestilt gjennom biblioteket ved Høgskolen i Molde.

Når vi søkte etter forskningsartikler brukte vi søkeordene ”alcohol”, ”screen or uncover”, ”nurse” og ”patients” som ble kombinert. Det første søket som gav resultater var i PsychINFO (OVID) hvor vi fikk 14 treff og vi leste 8 abstrakter. Ut i fra dette leste vi 6

artikler som også ble kvalitetsbedømt, og 4 ble beholdt. Det andre søket som gav resultater ble gjort i OVID som resulterte i 51 treff og 8 leste abstrakter, hvorav 5 artikler ble lest, 5 kvalitetsbedømt og 4 beholdt. Vi foretok likevel manuelt søk fra referanselisten til den ene artikkelen noe som resulterte i 1 beholdt artikkel. Det neste søket var i databasen Proquest Nursing Journals som resulterte i 35 treff, hvorav vi leste 9 abstrakter. 7 artikler ble lest, 3 kvalitetssikret og 2 av disse ble beholdt. Det fjerde søket som gav resultater var i databasen PsychINFO (OVID) som resulterte i 3 treff. Vi leste 3 abstrakter og 1 artikkel ble kvalitetssikret og beholdt. Det siste søket som gav resultat ble gjort i Medline (OVID) hvor vi av 126 treff leste 8 abstrakter, 2 artikler hvorav 1 ble kvalitetsbedømt og inkludert. I dette søket fant vi flere av de samme forskningsartiklene som vi allerede hadde inkludert gjennom søk i andre databaser, noe som førte til et lavt antall leste abstrakter (se vedlegg 1).

Manuelle søk ble også gjennomført ved å lese referanselistene til de artiklene vi fant gjennom databasene. Relevante titler ble plukket ut og disse ble søkt opp i Google. Gjennom referanselisten til artikkelen "Attitude changes among emergency department triage staff after conducting routine alcohol screening" fant vi artikkelen "Comparing two different methods of identifying alcohol related problems in the emergency department: a real chance to intervene?" og "Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED". Fra artikkelen "Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED" fant vi artikkelen "Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department". Fra artikkelen "Implementation of computerized alcohol screening and advice in an emergency department – a nursing staff perspective" fant vi artikkelen "Screening and referral for brief intervention of alcoholmisusing patients in an emergency department: a pragmatic randomized controlled trial" og "Acceptability of emergency department-based screening and brief intervention for alcohol problems", Fra artikkelen "Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol dependent inpatients on hospital wards" fant vi artiklene "Substance use in the general hospital" og "Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital". Det siste søket vi foretok ble gjort 26.02.10 hvor vi søkte med de samme søkeordene i de samme databasene for å se om det var kommet nye artikler, noe det ikke hadde.

3.5 Steg 5 – Tolkningsresultat av de individuelle artiklene

Verktøyet for kvalitetsbedømming var sjekklisterne fra Kunnskapssenteret (www.kunnskapssenteret.no) der vi har brukt skjemaene for prevalensstudier, randomisert kontrollert studier og kvalitative studier. Kvalitetsgraderingen ble regnet i prosent for å tydeliggjøre artiklenes kvalitet. Dette ble gjort ut i fra Wilman, Stoltz og Bahtsevani, (2006) der ett delspørsmål med positivt svar tildeles ett poeng. Delspørsmål med negative eller utilstrekkelige svar fikk null poeng. Poengsummen ble så omgjort til prosent hvor artiklene ble gradert i grad I, høy vitenskapelig kvalitet (80-100 %), grad II, middels vitenskapelig kvalitet (70-79 %) og grad III med lav vitenskapelig kvalitet (60-69 %). På forhånd bestemte vi kun å bruke artikler i grad I eller grad II, dette for å sikre litteraturstudiets kvalitet.

Forfatterne leste alle artiklene hver for seg og møttes for å kvalitetsbedømme artiklene sammen. Til sammen bedømte vi 19 forskningsartikler, hvorav 3 artikkel ble ekskludert på grunn av at de ikke svarte på litteraturstudiets problemstilling. 2 av artiklene ble inneholdt nyttig teori og ble derfor inkludert som teori. 11 artikler ble vurdert til grad I og 5 artikler ble vurdert til grad II. Disse 16 forskningsartiklene ble inkludert i litteraturstudiet (se vedlegg 5).

3.6 Steg 6 – Sammenligning av resultatet

Forfatterne skrev sammendrag fra alle de 15 inkluderte artiklene; dette for lettere å kunne skille ut resultatet fra hver artikkel. Vi markerte deretter resultatet fra hver artikkel og laget en liste over alle funn fra studiene. Hvert funn ble tildelt en farge og vi gjennomgikk hver artikkel på nytt og markerte de ulike funnene med de aktuelle fargene, (vedlegg 2) og kom slik frem til ni ulike kategorier. Vi vurderte funnene under hver farge og så om det om var sammenheng mellom funnene. Det kom frem at det var enkelte farger som til stadighet overlappet hverandre og disse kunne med fordel sammenføres til et hovedfunn. Dette resulterte i de fem hovedfunnene screening som metode, praktiske aspekter ved utøvelse av screening, sykepleierens ansvar og kompetanse, sykepleierens mening og holdning til screening og opplæring i screening og korte intervensjoner. Disse hovedfunnene la

grunnlaget for våre resultat. Alle inkluderte artikler ble samlet i en oversiktstabell for å gi både forfatterne og leserne en oversikt over materialet (se vedlegg 5).

3.7 Steg 7 – Klargjøring av artiklenes kvalitet

Det siste steget i Goodmans syv steg søker å granske konteksten og sammenhengen i forskningsartiklene etter at bevis og resultat er klargjort (Wilman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Dette for å komme frem til en konklusjon som kan fastslå evidensstyrken i studien på grunnlag av artiklenes kvalitet. Ut ifra Brittons gradering av evidensstyrke for konklusjoner har en studie evidensgrad 1 når minst to artikler er av grad 1 (høy vitenskaplig kvalitet), evidensgrad 2 når en artikkel er av grad 1 og minst 2 artikler av grad 2 (middels vitenskaplig kvalitet). Evidensgrad 3 blir oppnådd ved minst 2 artikler av grad 2. Ved evidensgrad 4 er det vitenskaplige grunnlaget utilstrekkelig og man kan dermed ikke trekke en konklusjon (Wilman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vår litteraturstudie baserer seg på 11 forskningsartikler av grad 1 og 5 forskningsartikler av grad 2 (se steg 5). Ut ifra Brittons gradering har vår studie evidensstyrke 1 og forfatterne kan trekke en konklusjon.

4.0 Resultat

4.1 Screening som metode

I studien til Mcmanus et al. (2003) ble pasientene screenet av sykepleiere og en alkoholrådgiver gjennom intervju basert på en drikkedagbok som tok for seg pasientens alkoholkonsum den siste uken. 19,6 % av 757 menn og 4,8 % av 603 kvinner hadde i denne studien et høyt alkoholkonsum. Denne metoden ble også benyttet i studien til Watson (2000) hvor 25 % av 998 pasienter ble avdekket med høyt alkoholkonsum og i Watson (1999) hadde 26 % av 998 pasienter høyt alkoholkonsum. I denne studien inkluderte drikkedagboken AUDIT. Studien brukte også blodprøver i avdekking av høyt alkoholkonsum, men det viste seg at dette avdekte få pasienter da sammenhengen mellom de som scoret positivt på drikkedagboken sjeldent scoret positivt med blodprøve. I studien til Watson (2000) var det forfatteren, som også var en sykepleier, som screenet pasientene. I studien til Sommers et al. (2000) ble en lignende drikkedagbok brukt, men her ble pasientene spurt om å oppgi sitt alkoholkonsum for de siste 24 timene før skaden skjedde. I studien til Nordqvist et al. (2006) ble alle skadede pasienter rutinemessig screenet og helsepersonellet ble instruert til å dele ut spørreskjema som pasienten fylte ut selv. Pasienten kunne motta hjelp under utfyllingen av spørreskjemaet.

Litteraturstudiet tar for seg to forskningsartikler av henholdsvis Karlsson et al. (2005) og Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007), som tar i bruk databasert screening hvor sykepleierne spør pasientene om de ønsker å delta i alkoholscreening, før de selv utfører screeningen via en touch-screen. Screeningsverktøyet i den databaserte screeningen var AUDIT-C som er en kortversjon av AUDIT. Etter utført screening mottar pasientene en utskrift med personlig tilbakemelding om sitt alkoholkonsum som var kalkulert av datamaskinen. Denne utskriften omhandler enkle råd i forhold til høyt alkoholkonsum. I studien til Karlsson et al. (2005) ble 74 av 168 pasienter screenet. I studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson ble 19,8 % av 870 kvinner og 32,9 % av 1142 menn avdekket med høyt alkoholkonsum. AUDIT ble også brukt i studien til Hungerford, Pollock og Todd (2000) hvor 21,2 % av 1034 pasienter ble avdekt med høyt alkoholkonsum. Hadida et al. (2000) fant ut at basert på CAGE hadde 9,4 % av studiens 413 pasienter høyt

alkoholkonsum. I studien til Hearne, Conolly og Sheehan (2002) avdekte CAGE 16 % av 759 pasienter til å ha et høyt alkoholkonsum.

I studien til Rodríguez-Martos et al. (2007) utførte sykepleierne screening med AUDIT-C, og pasientene mottok råd om risikofyllt alkoholkonsum og et informasjonshefte fra sykepleierne. Sykepleierne fylte et datainnsamlingskjema for hver enkelt pasient som omfattet demografiske data, informasjon fra screeningen og en eventuell intervensjon. Her ble 31 % av 100 pasienter identifisert med høyt alkoholkonsum. Andre studier som tok for seg sykepleiers dokumentasjon om alkoholkonsum var blant annet studien til Watson (2000) der 153 pasientjournaler ble gjennomgått for å se om dette var dokumentert. 32 % av sykepleiernes notater nevnte ikke pasientens alkoholkonsum, 40 % inkluderte beskrivende kommentarer som sosial – eller ”tung” drikker og 28 % kvantifiserte alkoholkonsumet. Sykepleiernes notater avslørte derfor at relativt få tilfeller av pasientens alkoholkonsum ble dokumentert. Pilotstudien i studien til Hungerford, Pollock og Todd (2000) undersøkte også dokumentasjon av alkoholforbruk. Et tilfeldig utvalg på 102 pasientmapper viste at sykepleierne og legene hadde spurt 39 pasienter om alkohol og rusmiddelbruk noe som understøtter funnene til Watson (2000) da det var få tilfeller av dokumentasjon om pasientenes alkoholkonsum.

4.2 Praktiske aspekter ved utøvelse av screening

Sentralt i litteraturstudiets forskningsartikler står utfordringen om tidsperspektiv og økt arbeidsbelastning for sykepleierne i implementering av screening. I studien til Nordqvist et al. (2006) var intensjonen å forstyrre de daglige rutinene så lite som mulig hos sykepleierne ved innføring av en enkel rutine alkoholscreening i en akuttavdeling. Det ble nevnt at steder som hadde et roligere og mer avslappet miljø og med pasienter i en mindre stresset situasjon i forhold til deres sykdom, egnet seg bedre til intervensjoner. Det kom frem at en akuttavdeling ikke er det rette stedet for alkoholintervensjon utført av personalet på grunn av lite tid, noe som underbygges i studien til Crawford et al. (2004) som sier at en akuttavdeling har et svært hektisk og travelt miljø med et høyt pasienttall som kan gjøre screening og intervensjoner til en vanskelig oppgave. I tillegg sier Rodríguez-Martos et al. (2007) i sin studie at den største barrieren i det som hindrer screening og korte intervensjoner på sykehus er tidsperspektivet. I studien til Hungerford et al. (2003) kom

det dessuten frem at 19 % av 42 helsepersonell mente at screeningsprosessen medførte at pasientene brukte lenger tid i akuttavdelingen.

I studien til Karlsson et al. (2005) ville man ta hensyn til sykepleiernes tidsperspektiv ved å implementere en screeningsmetode hvor pasientene selv utførte screeningen ved hjelp av en data. Det kom også frem i intervjuene av sykepleierne som ble foretatt før screeningen, at de har en stressfylt arbeidshverdag, og de fleste var derfor negative til å ta ansvar for en ekstra arbeidsoppgave. 50 av 72 av pleiepersonalet som svarte på spørreskjemaet trodde at databasert screening ikke kom til å ha noen eller kun i liten grad påvirkning på deres arbeidsmengde. Men 10 av 27 sykepleiere mente derimot at databasert screening kom til å påvirke deres arbeidsmengde. Etter gjennomført screeningsperiode viste det seg at mangel på tid var en av grunnene til at sykepleierne ikke inkluderte pasienter i screeningen, i tillegg til kaos i avdelingen. Noen av sykepleierne mente at det hadde vært enklere å inkludere pasienter dersom dataen var plassert på venterommet og ikke i undersøkelsesrommet. Selv om forskerne i denne studien forsøkte å ta hensyn til sykepleiernes tidsperspektiv, kom det frem at noen sykepleiere opplevde screeningssituasjonen som en stressfaktor.

Det kan være en ekstra stressfaktor hvis du har mange pasienter som venter. Det kan være ganske stressende når du har flere pasienter i kø og du ikke har gjort en vurdering, når du ikke vet hva de egentlig vil. For alt jeg visste kunne de være virkelig syke, og de stod der rolig og ventet på tur (Karlsson et al. 2005, 48).

Et medlem fra forskningsteamet observerte at det var stor variasjon i hvor mange som ble screenet ut i fra hvilken sykepleier som var på vakt. Dette presiserer at for noen kan en ekstra arbeidsoppgave virke overveldende og ikke gjennomførbar, mens noen ikke har problem med å implementere en ekstra arbeidsoppgave i deres arbeidshverdag (Karlsson et al. 2005). Også i studien til Andrèasson, Hjalmarsson og Rehnman (2000) uttrykte flere av sykepleierne store arbeidsmengder. Legene og sykepleierne i denne studien uttrykte frustrasjon over ulike krav og oppgaver fra administrasjonen og politikere. Dette står i motsetning til studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) der det ble gjennomført screening og korte intervensjoner med hensikt om å ha minimal ekstra arbeidsbelastning for sykepleierne. Etter implementering av dette mente 75 % av 31

sykepleiere at screening og korte intervensjoner ikke påvirket deres arbeidsmengde, men 24 % mente at konseptet var relativt forstyrrende.

I studien til Watson (1999) blir det sagt at en drikkedagbok tar mindre enn 5 minutter å fullføre og lett kan innarbeides i sykepleiernes daglige rutiner. Dette understøttes i studien til Watson (2000).

4.3 Sykepleierens ansvar og kompetanse

Ingen store endringer ble funnet i sykepleiernes oppfatning om hvorvidt alkoholforebygging var deres ansvar i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007). Både før og etter ett år med screening og korte intervensjoner oppga rundt 60 % av de 48 sykepleierne at de anså alkoholforebygging som deres ansvar til en viss grad, mens 20 % mente at det ikke var en del av deres ansvar. Holdningene til sykepleierne i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) angående akuttavdelingens ansvar for å forebygge alkoholproblemer forandret seg ikke betydelig. Rundt 20 % av de 48 sykepleierne oppga at akuttavdelingens ansvar for alkoholforebygging var nokså ubetydelig, mens 40 % mente at det var betydelig.

Utføringen av screening ble i studien til Karlsson et al. (2005) utført ved at sykepleierne henviste pasientene til en datamaskin der de kunne gjennomføre screening ved hjelp av en touchscreen. Noen sykepleiere satte spørsmålstegn ved bruken av alkoholscreening gjennom en data da de heller foretrakk direkte kontakt med pasientene. Derimot sa en av de intervjuede sykepleierne at de håpet at ved å ha en databasert screening å henvise til så kunne det bli enklere å ta opp temaet alkohol med pasientene, noe som viser seg i studien til Nordqvist et al. (2006) å være et delikat tema.

4.4 Sykepleierens mening og holdning til screening

I følge studien til Nordqvist et al. (2006) mente sykepleierne at screening i form av utdeling av kartleggingsverktøy og brosjyrer fungerte godt, og det virket som om helsepersonellet gjorde det de kunne for å levere ut kartleggingsverktøyet. I følge personalet fungerte implementeringen av rutinemessig screening og enkle råd på akuttavdelingen (Nordqvist et al. 2006) noe som understøttes gjennom studien til Hungerford et al. (2003) der 42 av 60 deltagende helsepersonell fylte ut et spørreskjema

som viste at de var positive og støttende til screening og intervensjonsprosessen. 93 % av disse ønsket også at dette prosjektet skulle fortsette i akuttavdelingen. 91 % mente at screening og korte intervensjoner passet godt inn i de ulike rutineprosedyrene i avdelingen (Hungerford et al. 2003). Før implementeringen av screening og korte intervensjoner mente 25 % av 48 sykepleiere i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) at konseptet ikke var effektivt, mens bare 13 % av dem mente dette etter gjennomføring av metoden.

Sykepleierne i studien til Mcmanus et al. (2003) viste seg å være like effektive i å screene pasienter som en alkoholrådgiver, og helsepersonellet i studien til Nordqvist et al. (2006) mente at alkoholforebygging var verdt kostnadene og innsatsen dette innebar.

I studien til Hungerford, Pollock og Todd (2000) spurte ikke sykepleierne alle pasientene om alkoholkonsum fordi de stolte mer på sine egne observasjoner når det var tydelige tegn på at pasientene hadde inntatt alkohol, og de spurte derfor kun de pasientene som viste tegn til alkoholbruk. Noen av personalet var ukomfortable med bruken av screening, da de hadde bekymringer som at screening av alle pasientene kom til å ta for mye tid, pasientene vil føle seg forlegne og at personalet ikke var godt nok trent for å implementere intervensjoner. I studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) ble de 31 sykepleierne som vurderte pasientene på undersøkelsesrommet spurt om å evaluere pasientenes reaksjoner på å bli spurt om screening og korte intervensjoner. Bare 10 % av sykepleierne indikerte at pasientene reagerte negativt, mens 40 % mente at pasientene synes det var positivt eller veldig positivt å bli tilbudt screening og korte intervensjoner. Dette er en stor kontrast til hva sykepleierne oppga i begynnelsen av studien hvor mer enn 60 % forventet at pasientene kom til å reagere negativt når de ble spurt om sitt alkoholkonsum. Mer enn 50 % av sykepleierne synes det var enkelt eller veldig enkelt å spørre pasientene om å utføre screening og korte intervensjoner, mens bare 7 % synes at det var vanskelig. Også i studien til Nordqvist et al. (2006) virket ikke pasientene forlegne ved spørsmål om alkoholkonsum. Det viste seg at noen av sykepleierne i studien til Mcmanus et al. (2003) følte det var ubehagelig å screene pasienter som ikke hadde en innleggelsesårsak som kunne kobles direkte til alkohol, men de overkom dette fordi screeningen ble en del av sykepleiernes rutiner. I studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) mente majoriteten av sykepleiere at screening og korte intervensjoner verken hadde en positiv eller en negativ innvirkning på deres forhold til pasientene.

4.5 Opplæring i screening og korte intervensjoner

I flere av litteraturstudiets forskningsartikler ble sykepleierne undervist i screening og korte intervensjoner før gjennomføring. I studien til Nordqvist et al. (2006) mottok helsepersonellet en 2 timers introduksjon som ble utført av to personer i forskertemaet, og de fikk kunnskap om de typiske drikkemønstrene i Sverige, en definisjon på hva risikofylt drikkekonsum var og hvordan de kunne råde pasienter til å redusere sin drikking. De mottok også instruksjoner om screeningsinstrumentet. Også sykepleierne i studien til Mcmanus et al. (2003) mottok undervisning fra en alkoholrådgiver hvor de fikk økt sin bevissthet omkring alkoholbruk hos pasienter. Underveis i implementeringen av screening bidro alkoholrådgiveren med rådgivning og støtte til sykepleierne ved behov.

Undervisning og opplæring ble også brukt i studien til Rodríguez-Martos et al. (2007) hvor 8 sykepleiere fra to ulike sykehus fikk et 8 timers kurs i screening og korte intervensjoner. Disse 8 sykepleierne fikk deretter ansvar for å lære opp sykepleierne på sine avdelinger. De 8 sykepleierne som deltok i kurset var fornøyde med opplæringen og de følte seg selvsikre i deres rolle i å utføre intervensjoner og i deres ferdigheter til å trene andre sykepleiere. Selv om prosjektet i følge Rodríguez-Martos et al. (2007) var godt designet og opplæringen var god, gjennomførte ikke alle sykepleierne rutinemessig screening og korte intervensjoner hos pasientene.

I studien til Vadlamudi et al. (2008) gjennomførte de en læringsbasert intervensjon for sykepleierstudenter som søkte å endre deres holdninger og meninger angående alkoholmisbruk og behandling. Dette viste seg å ha signifikant positiv endring i deres holdninger og meninger angående alkoholmisbruk og behandling, og de som hadde liten eller ingen erfaringer med alkoholmisbrukere viste store forbedringer i deres selvtillitsnivå etter den læringsbaserte intervensjonen. I studien til Kouimtsidis et al. (2003) presiseres det at kunnskap og tillit til bruken av screeningsverktøy for rusmiddelmissbruk er en nødvendighet. Trening i dette området er viktig. Team som jobber innen rusmiddelbruk har en viktig rolle ved dette; nemlig å trene sykehuspersonalet i gjennomføring og forsvarlighetene ved bruken av screeningsverktøy i sykehusmiljø. I studien til Andréasson, Hjalmarsson og Rehnman (2000) fikk sykepleierne 45 minutter med undervisning, men kun 19 av de 55 sykepleierne følte seg kompetente til å gi råd om alkohol. I studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) gjennomførte forskerteamet to møter med

sykepleierne som skulle screene pasienter for alkoholkonsum, for å motivere dem til å rekruttere pasienter til screening og korte intervensjoner.

5.0 Metodediskusjon

Vi brukte tilpasset Goodmans 7 steg i metodedelen i vår oppgave fordi det virket som en god og oversiktlig metode. Forfatterne har derimot liten kunnskap om andre metoder som kunne blitt benyttet og har derfor lite sammenligningsgrunnlag. Vi har dermed ikke grunnlag til å drøfte om oppgaven kunne blitt bedre ved bruk av en annen metode. Goodmans 7 steg var en praktisk, oversiktlig og enkel metode som tok for seg alle aspektene av et metodekapittel.

Studiens problemstilling søkte å finne hvordan sykepleiere ved hjelp av kartleggingsverktøy kan avdekke høyt alkoholkonsum hos inneliggende pasienter, noe som kan komme frem i både kvantitativ og kvalitativ forskning. Vi har derfor valgt å inkludere begge typer forskning i vår litteraturstudie, noe som har gitt oss et resultat som gjenspeiler både sykepleiernes holdninger og meninger om screening og hvordan screening kan gjennomføres. Dette mener vi styrker studien da ulike perspektiver kommer frem.

Et av inklusjonskriteriene var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år. En av artiklene i vår litteraturstudie er utgitt i 1999. Artikkelen til Watson (1999) ble inkludert selv om den strider imot studiens inklusjonskriterier. Dette fordi artikkelens hensikt anses å være svært relevant med henhold til litteraturstudiets hensikt og på grunn av det høye antallet deltagende pasienter som det er i artikkelen. Forfatterne er klar over at dette er en eldre studie enn det som er tenkt til oppgaven, men føler likevel at den er aktuell fordi sykepleierens funksjon kommer tydelig frem i studien. Studien til Watson (1999) ble derfor inkludert i vår litteraturstudie.

Studien til Andrèsson, Hjalmarsson og Rehnman (2000) foregår i primærhelsetjenesten, noe som strider i mot litteraturstudiets inklusjonskriterier. Vi har likevel valgt å inkludere studien fordi den inneholder interessante funn knyttet til opplæringen sykepleierne fikk før implementeringen av screeningen.

Forfatterne har fått god opplæring ved Høgskolen i Molde til å søke etter forskning i ulike databaser og mener derfor at vi har god kompetanse til å gjennomføre artikkelsøk. Gjennom dette har vi også fått opplæring i å velge ut relevante databaser med henhold til temaet vi ønsker å finne forskning om. De databasene som vi valgte å søke etter forskning

i, ble valgt ut fordi de var relevante for vårt tema da de omfattet helse, medisin og psykiatri. Forfatterne anser det som en styrke for litteraturstudiet at vi har benyttet flere ulike databaser da det gjør sjansen større for at vi har funnet mest mulig relevant forskning. Vi kom frem til søkeordene gjennom å vurdere hva vi ønsket å finne forskning om ut ifra litteraturstudiets hensikt og problemstilling. Søkeordene vi valgte å bruke mener vi er dekkende for den type forskning vi ønsket å finne, noe som også viser seg gjennom forskningsartiklene vi har funnet. Det viste seg gjennom antall treff i artikler etter sammenføring av søkeordene at søkestrategien var presis og gav gode treff. Vi ser nå i ettertid at vi kunne ha inkludert flere søkeord som omfattet temaet screening, for eksempel søkeordene informasjon eller veiledning for å finne flere aktuelle artikler. Dette kan derfor være en svakhet med vårt artikkelsøk. Etter gjennomført søk leste vi igjennom titlene til artiklene og gikk videre inn for å lese abstraktene til de artiklene som var relevante. Forfatterne er klar over at dette kunne føre til at vi har gått glipp av gode artikler da vi leste bare titlene for å velge ut dem vi mente var relevante.

I vår litteraturstudie har vi 7 inkluderte artikler som kom frem gjennom manuelle søk. Disse fant vi ved å granske referanselistene til andre kvalitetsbedømte forskningsartikler. Vi er oppmerksomme på at 7 artikler fra manuelle søk er et høyt antall, men vi har likevel valgt å inkludere de i vår litteraturstudie. Under utvelgelse av disse forskningsartiklene har vi forsøkt å være objektive og å ikke la våre ønsker være styrende for hvilke artikler som ble valgt. Vi mener at vi har klart å ivareta et objektivt synspunkt og valgt ut artikler som kan hjelpe oss med å besvare vår problemstilling. Ettersom vi har mange artikler fra manuelt søk har vi måttet revurdere våre søk, og som drøftet i avsnittet over kunne vi fått flere treff dersom søkestrategien hadde blitt ytterligere utarbeidet.

Vi brukte kvalitetsbedømmingsskjemaene til Kunnskapssenteret (www.kunnskapssenteret.no) for å bedømme kvaliteten på forskningsartiklene. Forfatterne hadde fra tidligere noe erfaring med å kvalitetsbedømme artikler, men var på ingen måte eksperter i feltet. Vi er derfor klar over at kvalitetsbedømmingen kan være mangelfull. Et annet problem som kan forekomme ved bedømmingen er vårt subjektive syn på artiklene, som kan medføre at noen artikler får en høyere kvalitetsgrad enn fortjent fordi forfatterne ønsker å inkludere artikkelen i litteraturstudiet. Vi har vært bevisst på dette problemet og gjort vårt beste for å unngå dette. Det forfatterne ser i ettertid at vi kunne gjort annerledes er måten kvalitetsbedømmingen ble utført på. For å heve kvaliteten på

kvalitetsbedømmingen skulle vi ha bedømt artiklene hver for oss, for så å gå sammen og sammenligne resultatet. Dette kan ha påvirket kvalitetsbedømmingen.

I vår oversiktstabell (vedlegg 5) legger vi fram deltagere/frafall i våre inkluderte forskningsartikler. I oversiktstabellen kan det se ut som om det er meget store frafall i forskningen, men dersom man gransker hver forskningsartikkel nøye ser man at dette nødvendigvis ikke er tilfelle. Forfatterne ønsker å presiserer at frafallet i forskningsartiklene har mange årsaker, blant annet omfattende ekskluderingskriterier i flere av studiene.

6.0 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet drøfter vi screening som metode, praktiske aspekter ved utøvelse av screening, sykepleierens ansvar og kompetanse, sykepleierens mening og holdning til screening og opplæring i screening og korte intervensjoner.

6.1 Screening som metode

Ut i fra litteraturstudiets forskningsartikler finnes det flere ulike kartleggingsverktøy som kan brukes av sykepleier for å avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten. Ut i fra våre forskningsartikler er de mest brukte kartleggingsverktøyene AUDIT og AUDIT-C, drikke dagbok og CAGE.

AUDIT er i følge Aasland, Nygaard og Nilsen (2008) utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1987 og består av ti spørsmål som omhandler alkoholkonsum og problemer assosiert med alkoholbruk (se vedlegg 1). I studiene til Watson (1999) og Hungerford, Pollock og Todd (2000) ble AUDIT brukt og kartla henholdsvis 26 % av 998 pasienter og 21,2 % av 1034 pasienter til å ha et høyt alkoholkonsum. Ut i fra antall avdekte pasienter i forhold til antall inkluderte pasienter i studiene, viser det seg at AUDIT har en relativt stabil avdekkingsprosent basert på disse to forskningsartiklene. Siden AUDIT ble utviklet har det blitt et standardisert instrument som brukes over hele verden, og det ble validert i en studie som brukte pasienter fra Australia, Bulgaria, Kenya, Mexico, Norge og USA (Aasland, Nygaard og Nilsen 2008). Nettopp fordi det er utviklet av WHO anser forfatterne kartleggingsverktøyet som et validert og godt kvalitetssikret verktøy, som kan hjelpe sykepleiere i sin praksis i å avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter. Spørsmålene i AUDIT omhandler alkoholkonsum i det siste året og kan derfor kun avdekke høyt alkoholkonsum innenfor de siste 12 måneder. Problemet med dette er at når man kun avdekker forbruket for de siste 12 måneder blir det vanskelig å fange opp personer som drikker i perioder, eller som tidligere har hatt alkoholproblemer som fremdeles kan ha innvirkning på pasientens helsetilstand. Forfatterne ser på dette som en svakhet ved AUDIT da en stor gruppe pasienter som kan ha alkoholproblemer ikke fanges opp ved screening med dette verktøyet.

AUDIT inneholder 10 spørsmål som ikke krever stort mer enn ti minutt å gjennomføre (Tsai et al. 2009). For å bruke et kartleggingsverktøy som krever mindre tid å gjennomføre har AUDIT-C blitt opprettet. AUDIT-C er en kortversjon av AUDIT som består av de tre første spørsmålene fra originalversjonen av AUDIT (Bendtsen, Holmqvist og Johansson 2007). Dette kan være en måte å spare tid på for sykepleiere, men dette kan føre til en mer upresis avdekking av pasienters alkoholkonsum da kun en del av AUDIT blir brukt. AUDIT-C brukes i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) i forbindelse med databasert screening og i studien til Rodríguez-Martos et al. (2007).

En drikkedagbok har som hensikt å få pasientene til å kartlegge hvor mange alkoholenheter de har inntatt den siste uken, og videre foreta en vurdering av pasientens alkoholkonsum og alkoholmønster (Watson 2000). I studien til Mcmanus et al. (2003) ble 19,6 % av 757 menn og 4,8 % av 603 kvinner avdekket til å ha et høyt alkoholkonsum på grunnlag av resultatet fra drikkedagboken. I studien til Watson (2000) ble 25 % av 998 pasienter avdekket til å ha et høyt alkoholkonsum. I studien til Watson (1999) ble det også inkludert en drikkedagbok og blodprøve; dette avdekte få pasienter da de pasientene som scoret positivt på drikkedagboken sjeldent scoret positivt på blodprøven. Disse studiene viser at drikkedagbok avdekker høyt alkoholkonsum hos pasienter som har hatt et høyt alkoholkonsum den siste uken, men drikkedagboken sier ikke noe om hvordan pasientens alkoholkonsum har vært utenfor den siste uken. Dette er en svakhet ved kartleggingsverktøyet da det er begrenset hvor mye av realiteten ved pasientens alkoholkonsum en får kartlagt ved dette. Men ut ifra Watson (2000) kommer det frem at drikkedagbok likevel er et kartleggingsverktøy som kan være til god hjelp for sykepleiere i å avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter.

CAGEs fire spørsmål fokuserer på avhengighet og omfatter dermed ikke antall konsumerte enheter innenfor en viss tidsperiode (Castells og Furlanetto 2004). I studien til Hadida et al. (2000) avdekte CAGE 9,4 % av 413 pasienter til å ha et høyt alkoholkonsum. I studien til Hearne, Conolly og Sheehan (2002) avdekte CAGE 16 % av 759 pasienter til å ha et høyt alkoholkonsum. Med utgangspunkt fra disse to studiene avdekker CAGE pasienter med høyt alkoholkonsum. Derimot kan en positiv test med CAGE kan indikere et problem som ikke er aktuelt i dag, men som kanskje var aktuelt hos pasienten for 10 år siden da spørsmålene i CAGE ikke spesifiserer tiden da problemet var aktuelt. CAGE består av fire spørsmål og tar kort tid å gjennomføre (Castells og Furlanetto, 2004). På dette grunnlaget

kan derfor CAGE være mer anvendelig i akuttavdelinger hvor det er stor gjennomtrekk av pasienter og sykepleier har mindre tid sammen med hver pasient (Hearne, Connolly og Sheehan, 2002).

Studier som tok for seg sykepleiers dokumentasjon var blant annet studien til Watson (2000) der 153 pasientjournaler ble gjennomgått for å se om alkoholkonsum var dokumentert. Det kom fram at 32 % av sykepleiernes notater ikke nevnte pasientens alkoholkonsum, 40 % inkluderte beskrivende kommentarer om pasientens alkoholmønster og 28 % kvantifiserte pasientenes alkoholkonsum. Ut ifra dette kan man si at relativt få tilfeller av pasientenes alkoholkonsum blir dokumentert. Funnene i pilotstudien til Hungerford, Pollock og Todd (2000) understøtter funnene til Watson (2000) da et utvalg på 102 pasientjournaler viste at sykepleierne og legene hadde spurt kun 39 pasienter om alkohol. Etter avdekking av høyt alkoholkonsum hos pasienter må dette dokumenteres i pasientens journal, da det fremgår i Helsepersonelloven § 39 at den som yter helsehjelp skal registre eller nedtegne opplysninger i hver enkelt pasientens journal (www.lovdata.no). Studiene til Watson (2000) og Hungerford, Pollock og Todd (2000) er studier utført i utlandet og forfatterne har lite kunnskap om deres lovverk for dokumentasjon. Dersom alkoholscreening skal gjennomføres under norske forhold, må sykepleiere forholde seg til norsk lovgivning om dokumentasjon og dermed dokumentere de opplysninger som kommer frem etter avdekking av pasienters alkoholkonsum. En metode som kan hjelpe sykepleiere i dokumentasjon av pasientenes helsetilstand er VIPS-modellen som hjelper sykepleierne til å strukturere datasamlingen. Denne modellen er i bruk i mange nordiske land og gir sykepleiere en gylden mulighet til å inkludere spørsmål om alkohol ved samtale med pasienten, da den tar for seg temaet avhengighetsforhold, alkohol og misbruk (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006). Forfatternes erfaringer ved bruk av VIPS-modellen i spesialisthelsetjenesten er at sykepleiere unngår å stille pasientene spørsmål som omhandler alkohol eller annen form for misbruk. En av forfatterne opplevde også at ved overflytting av en pasient ble det ikke opplyst i journalen at pasienten hadde et alkoholproblem, da sykepleier mente at hun ikke hadde grunnlag til å opplyse om dette. Dette til tross for at pasientens nærmeste pårørende hadde informert sykepleier om pasientens problematikk. Dette tilfellet mener forfatterne viser behovet for systematisk screening og dokumentasjon. Dersom sykepleier hadde brukt et validert kartleggingsverktøy hadde hun selv kunne avdekket pasientens alkoholkonsum og dermed hatt grunnlag for å dokumentere dette i pasientens journal.

6.2 Praktiske aspekter ved utøvelse av screening

Det kommer frem i studien til Nordqvist et al. (2006), Karlsson et al. (2005), Watson (2000), Crawford et al. (2004) og Rodríguez-Martos et al. (2007) at mangel på tid i sykepleierens hverdager en stor barriere i innføringen av screening. Det som viser seg å være en fordel i implementeringen av screening er kartleggingsverktøy som krever lite tid å gjennomføre. Dette kommer tydelig frem i studien til Watson (1999) og Watson (2000) hvor kartleggingsverktøyet tok mindre enn 5 minutter å gjennomføre og dermed lett kunne innarbeides i sykepleierens rutiner. I studien til Karlsson et al. (2005) skulle pasienten utføre screeningen selv ved hjelp av en data. Selv om dette hadde som intensjon å redusere sykepleierens mangel på tid, viste det seg etter innføring av screening at en av årsakene til at sykepleierne ikke inkluderte pasienter i screeningen var nettopp mangel på tid. På grunnlag av studien til Watson (1999), Watson (2000) og Karlsson (2005) kan det derfor være sannsynlig at sykepleierens arbeidsplass er av betydning i innføringen av screening. I studien til Nordqvist et al. (2006) kom det frem at det hadde vært en fordel om alkoholscreeningen ble utført i et mer avslappet og rolig miljø, noe som gjør en akuttavdeling lite egnet til innføring av screening og korte intervensjoner. Det kommer også frem i studien til Crawford et al. (2004) at screening er en vanskelig oppgave i en hektisk og travel akuttavdeling. Alkoholrus spiller en stor rolle ved ulykker og skader i dagens samfunn (Malt, Retterstøl og Dahl 2003). Man kan derfor tenke seg at mange pasienter som blir utsatt for ulykker relatert til alkohol vil bli innlagt på akuttavdelinger på sykehus. I våre funn kommer det frem at sykepleiere opplever at akuttavdelingen var for hektisk og travel til at alkoholscreening kunne gjennomføres på en god måte. Forfatterne ser derfor på det som viktig at det kontinuerlig jobbes for å finne kartleggingsverktøy som tar kort tid å gjennomføre, men likevel er av god kvalitet da det er viktig å avdekke disse pasientenes alkoholkonsum.

Før implementeringen av screeningen i studien Karlsson et al. (2005) kom det frem i intervjuene som ble foretatt før screeningen at sykepleierne har en stressfylt arbeidshverdag, og at de fleste var negative til å ta ansvar for en ekstra arbeidsoppgave. Etter implementeringen av screeningen viste det seg at noen sykepleiere opplevde screeningssituasjonen som en stressfaktor. Det ble også observert at det var stor variasjon i hvor mange pasienter som ble screenet ut ifra hvilken sykepleier som var på vakt. Noen av sykepleierne hadde ikke problemer med å innføre en ekstra arbeidsoppgave i sin hverdag,

men for noen virket det overveldende og ikke gjennomførbart. Dette kommer også frem i studien til Andreasson, Hjalmarsson og Rehnman (2000) hvor flere av sykepleierne uttrykte store arbeidsmengder og var frustrerte over ulike krav og oppgaver. I studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) mente derimot 75 % av 31 sykepleiere at screening og korte intervensjoner ikke påvirket deres arbeidsmengde. Forfatterne tror at disse to motstridene resultatene kan være på grunn av kartleggingsverktøyene som ble benyttet i studiene. I sistnevnte studie ble AUDIT-C brukt i forbindelse med databasert screening hvor pasientene selv utførte screeningen (Bendtsen, Holmqvist og Johansson 2007), noe som kan ha medført at screeningen ikke påvirket sykepleierens arbeidsmengde i stor grad. Dette kan indikere at kartleggingsverktøy som krever lite av sykepleierens tid og arbeidsmengde er de som lettest kan implementeres i praksis.

6.3 Sykepleierens ansvar og kompetanse

Når det gjelder sykepleierens ansvar i forhold til screening kommer det frem i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) at både før og etter 1 år med screening oppgav rundt 60 % av de 48 sykepleierne at de anså alkoholforebygging som deres ansvar til en viss grad. 20 % mente det ikke var en del av deres ansvar. Det fremgår i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleiere har et ansvar i å fremme pasienters mulighet til å fatte selvstendige avgjørelser ved å gi dem informasjon om deres helse (Norsk Sykepleierforbund 2006). I følge Tveiten (2008) skal sykepleierne fremme pasientenes egne mestringmuligheter ved å styrke deres iboende ressurser og empowerment gjennom å gi pasientene informasjon om deres helse. For å kunne gi pasientene denne informasjonen må sykepleier ha kunnskap om de aspekter ved pasientens liv som kan påvirke hans helsetilstand. Sykepleiere bør derfor ha kunnskap om pasientens alkoholkonsum da dette kan påvirke en rekke sykdomstilstander (Norsk Sykepleierforbund 2006). I følge helsepersonelloven § 10 skal sykepleiere som yter helsehjelp gi informasjon til aktuelle parter som de har krav på i følge pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (www.lovdata.no). Dette vil si at sykepleiere er lovpålagt å gi pasienter informasjon om deres helse noe som også vil si farene ved høyt alkoholkonsum. For å kunne fylle disse kravene må alkoholscreening først gjennomføres slik at sykepleier har tilgang til den informasjonen hun trenger for å informere pasienten på best mulig måte. Det er derfor overraskende at det i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) er så mange

sykepleier som ikke anser alkoholscreening som sitt ansvar da dette kan legge grunnlaget for kvaliteten på informasjonen som pasienten mottar.

I studien til Bentsen, Holmqvist og Johansson (2007) mente rundt 40 % av 48 sykepleiere at akuttavdelingens ansvar for alkoholforebygging i form av screening var betydelig, mens 20 % anså det som nokså ubetydelig. Dette kan som tidligere nevnt være på grunn av at studien er utført på en akuttavdeling som har et hektisk og travelt miljø som gjør det vanskelig å implementere nye arbeidsoppgaver (Crawford et al. 2004).

I studien til Karlsson et al. (2005) ble pasientene henvist til en datamaskin der de selv kunne gjennomføre screening. Noen sykepleiere foretrakk heller direkte kontakt med pasientene og satte spørsmålsteget ved bruken av alkoholscreening gjennom en data. Det kom frem i studien til Nordqvist et al. (2006) at alkohol er et delikat tema. I studien til Karlsson et al. (2005) håpet sykepleierne at ved å ha en databasert screening kunne det bli enklere å ta opp temaet alkohol med pasientene. Forfatterne undrer seg over disse funnene da det kan virke som om sykepleierne vil ha både i pose og sekk. I flere av studiene nevnt i punkt 6.2 kommer det frem at sykepleierne ikke ønsker å innføre alkoholscreening på grunn av tidspress. I studien til Karlsson et al. (2005) ble det brukt en type screening som skulle lette sykepleierens arbeidsmengde og dermed ikke påføre dem ytterligere tidspress. Men i denne studien kommer det også frem at sykepleierne også ønsker direkte pasientkontakt fremfor at pasienten skal utføre screeningen selv. Forfatterne tror at sykepleierne enten må godta ekstra arbeidsbelastning og tidspress og dermed få direkte pasientkontakt eller godta at pasienten utfører screening selv.

6.4 Sykepleierens mening og holdning til screening

Sykepleierne i studien til Nordqvist et al. (2006) mente at screening fungerte godt, noe som understøttes av studien til Hungerford et al. (2003) der 42 av 60 helsepersonell var positive og støttende til screening. 93 % av disse ønsket at screeningen skulle fortsette og 91 % mente at screening passet godt inn i de ulike rutineene i avdelingen. Dette kan sees i sammenheng med forslaget med Mundt et al. (2003) hvor pasientens opphold på sykehuset er en god anledning til å drøfte livsstilsvaner som inkluderer alkoholkonsum. Med utgangspunkt i dette mener forfatterne at sykepleiere kan implementere screening i sine daglige rutiner og utføre dette på en god måte. Man ser også en forskjell i sykepleierens

syn på screening før og etter implementering av dette da det kommer frem i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) at før implementering av screening mente 25 % av 48 sykepleiere at konseptet ikke var effektivt, mens bare 13 % av dem mente dette etter gjennomført screening. Det kan derfor virke som om sykepleiere er langt mer skeptiske til screening før de har fått utført det enn etter implementeringen, noe vi mener kan være på grunn av arbeidsmengde og tid som vi tidligere har diskutert. Vårt fokus er rettet mot sykepleiers bruk av screening for å avdekke høyt alkoholkonsum og nyttig kunnskap som kommer frem ved dette. Noen vil kanskje argumentere for at alkoholforebyggende arbeid er en spesialistoppgave og at sykepleiere bør overlate dette arbeidet til andre faggrupper da sykepleiere ikke har spesiell kompetanse på dette. Dette motbevises i studien til Mcmanus et al. (2003) der det viste seg at sykepleierne var like effektive i å screene pasienter som en alkoholrådgiver. Det kommer også fram i Spilling (2008) at sykehusene er en viktig arena i rusforebyggende arbeid da 20 % av pasientene som legges inn på somatiske sykehus har et høyt alkoholkonsum, noe som stiller krav til sykepleieres funksjon i forhold til alkoholscreening. I studien til Hungerford, Pollock og Todd (2000) stolte sykepleierne mer på sine egne observasjoner og spurte derfor kun de pasientene som viste tegn til alkoholbruk om deres alkoholkonsum. Daltveit (e-post 04.02.2010) sier at man regner med at man kun avdekker 30 % av de pasientene som har et høyt alkoholkonsum dersom man ikke systematisk spør alle pasientene om alkoholforbruk. Sykepleiere kan derfor ikke stole kun på egne observasjoner når det gjelder pasientens alkoholkonsum da man kun vil avdekke en liten av pasientgruppen på denne måten, noe som understreker behovet for systematisk screening.

I følge Spilling (2008) skygger helsepersonell unna spørsmål om alkoholbruk fordi de er redde for at pasientene skal føle seg krenket, noe som understøttes av studien til Hungerford, Pollock og Todd (2000) hvor personalet var bekymret over at pasientene ville føle seg forlegne ved spørsmål om deres alkoholkonsum. Før screeningen ble implementert i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) mente 60 % av 31 sykepleiere at pasienten kom til å reagere negativt når de ble spurt om sitt alkoholkonsum. Spilling (2008) sier videre at det viser seg at pasientene stort sett er positive til å bli spurt om alkoholvaner. Dette understøttes av funnene i studien til Bendtsen, Holmqvist og Johansson (2007) hvor 40 % av sykepleierne mente at pasientene synes det var positivt eller veldig positivt å bli tilbudt screening og korte intervjuer. Også pasientene i studien til Nordqvist et al. (2006) virket ikke forlegne ved spørsmål vedrørende deres

alkoholkonsum. Videre sier Daltveit (e-post 04.02.2010) at den største utfordringen i gjennomføring av alkoholscreening ligger ikke i problematikken med at pasientene føler seg forlegne, men i vår kultur og våre holdninger. Kulturen er med på å påvirke hva som er et akseptert alkoholforbruk og holdningene hos den som skal utføre screeningen kan være preget av at de føler kartlegging av pasientens alkoholkonsum er uetisk da kontaktårsaken er noe annet. I studien til Mcmanus et al. (2003) viste det seg at noen av sykepleierne følte at det var ubehagelig å screene pasienter som ikke hadde en innleggelsesårsak som kunne kobles direkte til alkohol, men at de overkom dette fordi screeningen ble en del av deres rutiner.

6.5 Opplæring i screening og korte intervensjoner

Flere av litteraturstudiets inkluderte forskningsartikler tar for seg undervisning av sykepleiere i screening og korte intervensjoner før gjennomføring. Dette for å sikre best mulig utbytte av screeningen. I studien til Nordqvist et al. (2006) mottok helsepersonell et totimers kurs om alkohol og instruksjoner om screeningsinstrumentet. I studien til Mcmanus et al. (2003) mottok sykepleierne undervisning om alkoholbruk hos pasienter. En lignende metode ble brukt i studien til Rodríguez-Martos et al. (2007) der 8 sykepleierne fikk et åttetimers kurs i screening og korte intervensjoner. Her fikk også disse sykepleierne et videre ansvar om å lære opp andre sykepleiere på deres avdelinger. De 8 sykepleierne var fornøyde med opplæringen og følte seg selvsikre i å utføre screening og intervensjoner og i opplæring av andre sykepleiere. Det viste seg at selv om opplæringen var god, var det ikke alle sykepleierne som rutinemessig utførte screening og korte intervensjoner hos pasientene. Et lignende funn viste seg i studien til Andrèsson, Hjalmarsson og Rehnman (2000) hvor sykepleierne fikk 45 minutter med undervisning, men bare 19 av 55 sykepleiere følte seg kompetente til å gi råd om alkohol. Forfatterne undrer seg over disse funnene da man skulle tro at dersom sykepleiere mottar opplæring og undervisning om screening og korte intervensjoner, skulle naturligvis deres kompetanse innenfor dette området øke og implementeringen være lettere å gjennomføre. Vi tror at en mulig årsak til dette kan være på grunn av sykepleiernes holdninger til screening. I studien til Vadlamudi et al. (2008) ble det utført en læringsbasert intervensjon for sykepleierstudenter, noe som viste seg å ha signifikant positiv endring i deres holdninger angående alkoholmisbruk og behandling.

I flere av litteraturstudiets inkluderte forskningsartikler tar de for seg screening og kort intervensjoner sammen og leseren kan kanskje undre seg over hvorfor vi har valgt å inkludere artikler som tar for seg korte intervensjoner. Dette fordi de fleste artiklene som tar for seg screening også fokuserer på korte intervensjoner, da det vil være uetisk å gjennomføre screening for å avdekke høyt alkoholkonsum hos pasienter dersom man ikke er villig til å iverksette videre tiltak ut ifra resultatet. Dette gjelder også dersom alkoholscreening skal implementeres i klinisk praksis. I vår litteraturstudie har vi valgt å fokusere på alkoholscreening og ikke korte intervensjoner, men dersom alkoholscreening faktisk skal implementeres i praksis må dette følges av tiltak og behandling for pasientene som blir kartlagt med høyt alkoholkonsum.

6.6 Konsekvenser for klinisk praksis

Forfatterne mener at det er for lite fokus på problematikken rundt alkohol i vår utdanning, spesielt siden alkohol er rangert foran fysisk inaktivitet, overvekt og høye kolesterolverdier i WHO's rangering av viktige risikofaktorer (Fekjær, 2004). Vi mener at alle sykepleiere i klinisk praksis vil bli stilt overfor pasienter med alkoholproblematikk da dette er et økende problem i samfunnet, og at vi derfor bør ha kompetanse til å håndtere dette. Det er derfor en forutsetning at sykepleierutdanningen tilpasser seg de kravene som dagens samfunn stiller i forhold til rusproblematikk og implementerer dette i utdanningen. Gjennom vår litteraturstudie har vi observert at det er mye forskning rundt temaet alkoholscreening i utlandet, men svært lite i de nordiske landene. Det forventes derimot mer forskning om alkoholscreening fra Norge da det nå skal prøves ut en versjon av AUDIT ved sykehuset i Stavanger, og Haukeland også vil implementere alkoholscreening dersom forsøket i Stavanger er vellykket.

7.0 Konklusjon

Vår litteraturstudie viser at sykepleiere ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy kan avdekke høyt alkoholkonsum hos inneliggende pasienter i spesialisthelsetjenesten. Basert på litteraturstudiens forskningsartikler kommer det frem at det fins ulike kartleggingsverktøy som sykepleier kan bruke, og at disse verktøyene har ulike egenskaper. Det kommer også frem at en stor barriere som hindrer sykepleiere i å screene pasienter for høyt alkoholkonsum er blant annet mangel på tid og frykt for negative reaksjoner fra pasienter. Det viser seg derimot at de fleste pasienter er positive til å bli screenet for sitt alkoholkonsum, og at sykepleierne opplevde få negative reaksjoner fra pasientene. Forfatterne er av den oppfatning at alkoholscreening er et nyttig verktøy som bør implementeres i klinisk praksis i forbindelse med innkomstsamtaler. Slik kan sykepleier avdekke pasienter med høyt eller risikofylt alkoholkonsum, før pasienten får videre komplikasjoner som følge av sitt alkoholkonsum. Sykepleieren bør innhente informasjon om pasienters alkoholkonsum for å kunne gi de individuelt tilpasset informasjon som de har krav på i følge pasientrettighetsloven § 3-2. Forfatterne mener at det bør utføres mer forskning omkring temaet alkoholscreening i Norge, da vi har funnet svært lite forskning om dette per dags dato.

Litteraturliste:

- Andrèsson, Sven; Hjalmarsson, Kerstin; Rehnman, Charlotta. 2000. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. *Alcohol & Alcoholism*. Vol.35, Nr.5: 525-530.
- Bendtsen, Preben; Holmqvist, Marika; Johansson, Kjell. 2006. Implementation of computerized alcohol screening and advice in an emergency department – a nursing staff perspective. *Accident and Emergency Nursing*. (2007) 15, 3-9.
- Castells, Maria A.; Furlanetto, Maria L. 2004. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcoholdependent inpatients on hospital wards. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27 (1) 54-7.
- Crawford, Mike J.; Patton, Robert; Touquet, Robin; Drummond, Colin; Beeford, Sara; Barrett, Barbara; Reece, Ben; Brown, Adrian; Henry, John A. 2004. Screening and referral for brief intervention off alcoholmisusing patients in an emergency department: a pragmatic randomized controlled trial. *Lancet*.2004 364:1334-39.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Fekjær, Hans Olav. 2004. *Rus*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forsberg, C.; Wengstrøm, Y. 2008. *Att gora systematiske litteraturstudier: vardring, analys och presentasjon av omvårdnadaforskning*. 2. utgave. Stockholm: Natur och kultur.
- Hadida, A; Kapur, N; Mackway-Jones, K. 2001. Comparing two different methods of identifying alcohol related problems in the emergency department: a real chance to intervene? *Emergency Medicine Journal*. (18) 112-115.

- Hartsock, Robbi L. 2002. Alcohol Screening in Trauma Patients: An Unresolved Controversy. *Journal of Trauma Nursing*. 9 (3) 62-66.
- Hearne, Ronan; Conolly, Anita; Sheehan, John. 2002. Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*. (95) 84-87.
- Heggdal, Kristin. 2006. *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsepersonelloven. 2010. *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell*. www.lovdata.no (Lest 19.04.2010).
- Hungerford, Daniel W.; Pollock, Daniel A; Todd, Knox H. 2000. Acceptability of Emergency Department-based Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems. *Academic emergency medicine*. 2000. Vol. 7 nr.12.
- Hungerford, Daniel W.; Williams, Jeanette M.; Furbee, Paul M.; Manley, William G.; Helmkamp, James C.; Horn, Kimberly; Pollock, Daniel A. 2003. Feasibility of Screening and Intervention for Alcohol Problems Among Young Adults in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 2003 21:14-22.
- Joakimsen, Ragnar M.; Fønnebø, Vinjar. 2001. Bør det innføres screening for osteoporose i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 121:615-8.
- Karlsson, Anna; Johansson, Kjell; Nordqvist, Cecilia; Bendtsen, Preben. 2005. Feasibility of a computerized alcohol screening and personalized written advice in the ED: opportunities and obstacles. *Accident and Emergency Nursing*. (2005) 13, 44-53.
- Kouimtsidis, Christos; Reynolds, Martina; Hunt, Mary; Lind, Jackie; Beckett, Jonathan; Drummond, Colin; Ghodse, Hamid. 2003. Substance use in the general hospital. *Addictive Behaviours*.28 (2003) 483-499.

- Kringlen, Einar. 2005. *Psykiatri*. 8.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, Nina Jahren; Nortvedt, Finn; Skaug, Eli-Anne. 2006. *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kunnskapssenteret. 2008. *Tema: Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*.
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (Lest 18.11.09).
- Larun, Lillebeth; Helseth, Valborg; Bramness, Jørgen G.; Haugerud, Helge; Høie, Bjørg; Gråwe, Rolf W.; Kornør, Hege; Landhein, Anne; Lossius, Kari; Hammerstrøm, Karianne Thune; Waal, Helge. 2007. *Dobbeldiagnose alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter*. Rapport / Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten, nr. 21-2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Malt, Ulrik Fredrik; Retterstøl, Nils; Dahl, Alv A. 2003. *Lærebok i psykiatri*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mcmanus, S.; Hipkins, J.; Phil, M.; Haddad, P.; Guthrie, E.; Creed, F. 2003. Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards. *General Hospital Psychiatry*. 25 (2003) 332-337.
- Mekki, Tone Elin. 2004. *Sykepleieboken 1*. Akribe.
- Mundt, Kirsten; Jensen, Mette; Kann, Anette; Nielsen, Anette Søgaard; Grønback, Morten; Tønnesen, Hanne. 2003. *Alkohol – forebyggelse på sygehus*. Rapport nr 21-2007. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Kunnskapssenteret.
- Mæland, John Gunnar. 2005. *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordqvist, Cecilia; Johansson, Kjell; Lindqvist, K.; Bendtsen, Preben. 2006. Attitude changes among emergency department triage staff after conducting routine alcohol screening. *Addictive Behaviors*. 31 (2006) 191-202.

- Norsk sykepleierforbud. 2006. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Mysen: Nr1 Arktrykk.
- Nortvedt, Monica W.; Jamtvedt, Gro; Graverholt, Birgitte; Reinart, Liv Merete. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.
- Pasientrettighetsloven. 2009. *Lov av 2. Juli 1999 nr. 63 lov om pasientrettigheter*.
<http://www.lovdatab.no> (Lest 11.03.2010).
- Rodríguez-Martos, Alicia; Castellano, Yolanda; Salmerón, Joan M.; Domingo, Gemma. 2007. Simple advice for injured hazardous drinkers: an implementation study. *Alcohol & Alcoholism*. Vol. 42, Nr. 5 430-435.
- Sommers, Marilyn Sawyer; Dyehouse, Janice M.; Howe, Steven R.; Lemmink, Jennifer; Wolz, Tina; Manharth, Marjorie. 2000. Validity of Self-Reported Alcohol Consumption in Nondependent Drinkers With Unintentional Injuries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol. 24 (9) 1406-1413.
- Spilling, Turid. 2008. En av fem pasienter drikker for mye. *Norsk Sykepleierforbund*.
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=116662 (Lest 18. desember 2009).
- Statistisk sentralbyrå. 2010. Tema: *Historisk statistikk. Dødsfall*.
http://www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/4-7.html
(Lest 30. april 2010).
- Tsai, Yun-Fang; Tsai, Mei-Chu; Lin, Yea-Pyng; Chen, Ching-Yen. 2009. Brief Intervention for Problem Drinkers in a Chinese Population: A Randomized Controlled Trial in a Hospital Setting. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 33 (1) 95-101.
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget.

- Vadlamudi, Raja S.; Adams, Susie; Hogan, Beth; Wu, Tiejian; Wahid, Zia. 2008. Nurses attitudes, believes and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: impact of educational intervention. *Nurse Education in Practices*. (2008) 8, 290-298.
- Watson, Hazel. 2000. Problem drinkers among acute care inpatients. *Nursing Standard*. 14, 40, 32-35.
- Watson, Hazel E. 1999. Problem drinkers in acute care settings: validation of an assessment instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 36 (1999) 415-423.
- Willman, Ania; Stoltz, Peter; Bahtsevani, Christel. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Studentlitteratur.
- Aasland, Olaf G.; Nygaard, Peter; Nilsen, Per .2008. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. A historical overview with special attention to the WHO initiatives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. (25) 469-476.

Vedlegg 1

Søketabell

PsycINFO (OVID)

(PsycINFO (1806-current))

Søkedato	Søkeord	Ant. treff	Ant. leste abstrakt	Ant. leste artikler	Kvalitets-sikrede artikler	Ant. valgte artikler
18.11.2009	1) alcohol\$	80762	0	0	0	0
	2) screen\$ or uncover\$	51070	0	0	0	0
	3) nurs\$ (MeSH: nurses, nursing, hospitals)	30624	0	0	0	0
	4) patient\$ (MeSH: hospitalized patients, patients, medical patients)	63741	0	0	0	0
	5) 1 AND 2 AND 3 AND 4	20	0	0	0	0
	6) limit from year 2000- current	14	8	6	5	4

OVID Nursing Full Text Plus

(OVID Nursing Database 1950-current)

Søkedato	Søkeord	Ant. treff	Ant. leste abstrakt	Ant. leste artikler	Kvalitets-sikrede artikler	Ant. valgte artikler
18.11.2009	1) alcohol\$	6583	0	0	0	0

	(MeSH: alcohols, alcohol\$)					
	2) screen\$ or uncover\$	11105	0	0	0	0
	3) patient (MeSH: patients, patient\$)	176563	0	0	0	0
	4) nurs\$ (MeSH: hospital nursing staff, nurs\$)	260271	0	0	0	0
	5) 1 AND 2 AND 3 AND 4.	77	8	5	5	4

Proquest Nursing Journals

Søkedato	Søkeord	Ant. treff	Ant. leste abstrakt	Ant. leste artikler	Kvalitets -sikrede artikler	Ant. valgte artikler
19.11.2009	1) alcohol*					
	AND					
	2) screen*					
	OR					
	3) uncover*					
	AND					
	4) patient*					
	AND					
	5) nurs\$	89	0	0	0	0
	6) limit from 1.1.2000 – 19.11.2009	75	0	0	0	0
	7) trykt av for “scholarly journals”	35	9	7	3	2

PsycINFO (OVID)

(PsycINFO (1806-))

Søkedato	Søkeord	Ant. treff	Ant. leste abstrakt	Ant. leste artikler	Kvalitets-sikrede artikler	Ant. valgte artikler
08.01.2010	1) alcohol\$ (MeSH: alcohols, alcohol\$)	82265	0	0	0	0
	2) screen\$ or uncover\$	50165	0	0	0	0
	3) nurs\$ (MeSH: nurses, nursing, nurs\$)	50529	0	0	0	0
	4) patient\$ (MeSH: patient\$, hospitalized patients, patients, medical patients)	395854	0	0	0	0
	5) 1 AND 2 AND 3 AND 4. Limit from year 2009 to current	3	3	1	1	1

Medline (OVID)

OVID Medline (1950-2010)

Søkedato	Søkeord	Ant. treff	Ant. leste abstrakt	Ant. leste artikler	Kvalitet s-sikrede artikler	Ant. valgte artikler
09.01.10	1) alcohol\$ (MeSH: alcohol, alcohol\$)	236854	0	0	0	0
	2) screen\$ or uncover\$	372247	0	0	0	0
	3) nurs\$ (MeSH: nursing, nurs\$)	474708	0	0	0	0
	4) patient\$ (MeSH: patients, patient\$)	3675257	0	0	0	0
	5) 1 AND 2 AND 3 AND 4. Limit from year 2000- current	126	8	2	1	1

Vedlegg 2

Fargekoding av funn

Lilla: Hvordan ble pasientene inkludert i screeningen?

Rosa: Hva gjorde sykepleieren i screeningsprosessen?

Grønn: Undervisning, veiledning før og under screening

Gul: Tid og arbeidsmengde

Brun: Miljø

Mørkeblå: Pasientens reaksjoner ut ifra sykepleiernes perspektiv

Oransje: Sykepleiernes syn på screening

Rød: Sykepleiedokumentasjon

Lyseblå: Sykepleiers syn på effektiviteten av screening

Grå: Hvilke ulike verktøy finnes og hvordan virker disse

Vedlegg 3

CAGE

- 1) Have you ever felt you ought to Cut down on your drinking?
- 2) Have people Annoyed you by criticizing your drinking?
- 3) Have you ever felt bad or Guilty about your drinking?
- 4) Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover? (Eye-opener) (Mundt et.al 2003).

Vedlegg 4

AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Please circle the answer that is correct for you.

1. How often do you have a drink containing alcohol?
Never Monthly or Less Two to four times a month Two to three times per week Four or more times a week
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?
1 or 2 3 or 4 5 or 6 7 to 9 10 or more
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?
Never Less than monthly Monthly Two to three times per week Four or more times a week
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?
Never Less than monthly Monthly Two to three times per week Four or more times a week
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?
Never Less than monthly Monthly Two to three times per week Four or more times a week
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?
Never Less than monthly Monthly Two to three times per week Four or more times a week
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?
Never Less than monthly Monthly Two to three times per week Four or more times a week
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?
Never Less than monthly Monthly Two to three times per week Four or more times a week
9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking?
No Yes, but not in the last year Yes, during the last year
10. Has a relative or friend, or a doctor or other health worker, been concerned about your drinking or suggested you cut down?
No Yes, but not in the last year Yes, during the last year

Vedlegg 5

Oversiktstabell

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Nordqvist, C.; Johansson, K.; Lindqvist, K.; Bendtsen, P. 2006 Sverige "Addictive Behaviors". Database: Proquest Nursing Journals	"Attitude changes among emergency department triage staff after conducting routine alcohol screening".	Evaluere gjennomførbareheten av en alkoholscreeningsprosedyre og om det var noen forandringer i sykepleiernes atferd og praksis etter implementeringen.	Tverrsnittstudie.	29 fullførte begge spørreskjema. 9 jobbet ikke lenger ved avdelingen.	Sykepleierne mente at screeningen fungerte godt og at pasientene reagerte positivt. Positive endringer i holdninger om alkoholforebyggende arbeid. Sykepleierne var usikre på om akuttavdelingen var det rette stedet for alkoholscreening.	Grad 1.*
Monti, P.M.; Spirito, A.; Myers, M.; Colby, S.M.; Barnett, N.P.;	"Brief Intervention for Harm Reduction With Alcohol-Positive Older	Evaluere effekten av bruken av kort motiverende intervju i forhold til standard pleie for å	RCT.	94 ble utvalgt. 87 ved 3 måneder. 84 ved 6 måneder.	Sykepleier identifiserte pasientene.	Grad 2.

Rohsenow, D.J.; Woolard, R.; Lewander, W. 1999 USA "Journal of Consulting and Clinical Psychology". Fra manuelt søk.	Adolescents in a Hospital Emergency Department"	redusere alkoholrelaterte konsekvenser.				
Mcmanus, S.; Hipkins, J.; Phil, M.; Haddad, P.; Guthrie, E.; Creed, F. 2003 England "General Hospital Psychiatry". Database: PsycINFO (OVID)	"Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards".	Treningsprogram for sykepleiere for å trene dem til å avdekke høyt alkoholkonsum rutinemessig.	RCT.		Sykepleierne var like effektive i å screene pasienter som alkoholrådgiveren. Sykepleierne som følte det var ubehagelig å screene pasienter overkom dette fordi screeningen ble en del av sykepleiernes rutiner.	Grad 1. *
Crawford, M.J.; Patton, R.; Touquet, R.;	"Screening and referral for brief intervention of alcohol-	Undersøke effekten av screening og henvisning av pasienter som	RCT.	657 møtte inklusjons-kriteriene. 58 ville ikke delta.	Akutt-avdelingen har et hektisk og travelt miljø.	Grad 1. *

Drummond, C.; Byford, S.; Barrett, B.; Reece, B.; Brown, A.; Henry, J.A. 2004. England. Landcet. Fra manuelt søk.	misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial”.	misbrukte alkohol i en akutt-avdeling.				
Karlsson, A.; Johansson, K.; Nordqvist, C.; Bendtsen, P. 2005. Sverige. Accident and Emergency Nursing. Database: OVID	”Feasibility of a computerized alcohol screening and personalized written advice in the ED: opportunities and obstacles”.	Evaluere gjennomførbarheten av en databasert alkoholscreening og intervensjon hos pasienter i akuttavdelingen.	Kvalitativ.	72 sykepleiere representerte 75 % av alle. 9 sykepleiere ble intervjuet.	Sykepleierne tilbyr pasientene screening og gir til slutt pasienten en utskrift med personlig tilbakemelding kalkulert av data-maskinen. Det kom fram at sykepleierne har en svært hektisk hverdag. Stor variasjon i hvor mange pasienter som ble screenet ut ifra hvilken sykepleier som var på vakt.	Grad 1. *
Hungerford,	”Acceptability	Å tilpasse	Tverrsnittstudie.	1034 pasienter ble	102 pasientmapper	Grad 1.

D.W.; Pollock, D.A.; Todd, K.H. 2000. USA. Academic Emergency Medicine. Fra manuelt søk.	of Emergency Department-based Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems”.	screenings-prosedyrer i akuttavdelingen.		forespurt om å delta. 810 samtykket til å delta.	viste at legene og sykepleierne hadde spurt 39 pasienter om alkohol og rusmiddel-bruk. De stolte heller på sine egne observasjoner når det var tydelige tegn på alkoholbruk. Noen av personalet var ukomfortable med bruken av screening bl.a. pga tid.	*
Watson, H. 2000 Skottland “Nursing Standard”. Database: OVID	”Problem drinkers among acute care inpatients”.	Å kartlegge forekomsten av potensielle problemdrikkere hos pasienter på sykehus i løpet av en 3-måneders periode.	Tverrsnittstudie.	1221 pasienter i rett aldersgruppe ble lagt inn i løpet av studieperioden. 998 pasienter samtykket i å delta i studien.	153 pasient-mapper ble gjennomgått for å se om alkohol var dokumentert hos pasientene som ble identifisert som problemdrikkere. 32 % av sykepleiernes notater nevnte ikke pasientens alkoholkonsum. 28 % dokumenterte alkoholkonsumet.	Grad 1. *
Watson, H.E. 1999	”Problem drinkers in acute	Teste validiteten av et screenings-	Tverrsnittstudie.	1025 pasienter ble spurt om å delta.	Drikke dagbok bør bli brukt av	Grad 1. *

England "International Journal of Nursing Studies". Database: OVID	care settings: validation of an assessment instrument".	verktøy når det brukes av sykepleiere.		998 pasienter samtykket i å delta.	sykepleiere som et verktøy for å skille potensielle problem-drikkere fra de som har et lavt alkohol- konsum. Drikke- dagboken tar mindre enn 5 minutter å gjennom- føre og kan lett innarbeides i sykepleiernes daglige rutiner.	
Hungerford, D.W.; Williams, J.M.; Furbee, P.M.; Manley, W.G.; Helmkamp, J.C.; Horn, K.; Pollock, D.A. 2003 USA "American Journal of Emergency Medicine".	"Feasibility of Screening and Intervention for Alcohol Problems Among Young Adults in the ED".	Evaluerer gjennom- førbarheten av screening og korte intervensjoner for alkoholproblemer for unge voksne i akuttavdelingen.	Tverrsnittstudie.	2067 av 2371 pasienter samtykket til å delta i studien.	42 av 60 av personalet sa at de var positiv og støttende til screening og intervensjoner. 93 % av disse ønsket at prosjektet skulle fortsette i avdelingen. 91 % mente at screening og korte intervensjoner passet godt inn i rutinene i avdelingen. 19 % av personalet sa at	Grad 1. *

Fra manuelt søk.					denne prosessen medførte at pasientene brukte lenger tid i avdelingen.	
Kouimtsidis, C.; Reynolds, M.; Hunt, M.; Lind, J.; Beckett, J.; Drummond, C.; Ghodse, H. 2003 England "Addictive Behaviors". Fra manuelt søk.	"Substance use in the general hospital".	Undersøke utbredelsen av rusmisbruk i sykehus.	Tverrsnittstudie.	408 pasienter ble spurt om å delta. 284 pasienter deltok i studien.	Kunnskap og tillit til bruken av screeningsverktøy for rusmiddelbruk er en nødvendighet. Team som jobber innen rusmiddelbruk har en viktig rolle i å trene sykehus-personale i gjennomføring av screeningsverktøy.	Grad 1. *
Rodríguez-Martos, A.; Castellano, Y.; Salmerón, J.M.; Domingo, G. 2007 Spania "Alcohol & Alcoholism".	"Simple advice for injured hazardous drinkers: an implementation study".	Evaluere implementeringen av screening og intervensjon for risikofylt alkoholkonsum i praksis på en akuttavdeling.	Tverrsnittstudie.	79 sykepleiere deltok.	8 sykepleiere fikk opplæring og videreførte så dette til 79 sykepleiere. De 8 trenede sykepleierne var fornøyde med treningen de fikk. Selv om sykepleierne fikk teoretisk opplæring,	Grad 2. *

Database: PsycINFO (OVID)					ble screening utført bare av noen. Den største barrieren i det som hindret screening var tid.	
Andr�asson, S.; Hjalmarsson, K.; Rehman, C. 2000 Sverige "Alcohol & Alcoholism". Database: Proquest Nursing Journals	"Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study".	Evaluerer gjennomf�rligheten av sekundær forebygging blant leger og sykepleiere.	Tverrsnittstudie.	45 av 55 sykepleiere samtykket i å delta i studien. 37 av 53 leger samtykket i å delta i studien.	Flere av sykepleierne uttrykte store arbeids-mengder, og følte frustrasjon over ulike krav og oppgaver. Kun 19 av de 45 sykepleierne følte seg kompetente til å gi råd om alkohol.	Grad 2. *
Sommers, M.S.; Dyehouse, J.M.; Howe, S.R.; Lemmink, J.; Volz, T.; Manharth, M. 2000 USA "Alcoholism: Clinical and	"Validity of Self-Reported Alcohol Consumption in Nondependent Drinkers With Unintentional Injuries".	� bestemme validiteten av selv-rapportert alkoholkonsum etter ulykker hos pasienter på sykehus.	Tverrsnittstudie.	823 pasienter ble spurt om å delta. 209 pasienter deltok i studien.	Sykepleiere ble trent av en sosial psykolog. Sykepleiere identifiserte aktuelle pasienter gjennom daglig gjennomgang av avdelingens innleggings-logger. De forklarte også pasientene om	Grad 2. *

Experimental Research”. Database: PsycINFO (OVID)					standard enheter av alkohol. Deretter ble pasientene spurt om å oppgi sitt alkohol-konsum for de 24 timene før skaden skjedde.	
Bendtsen, P.; Holmqvist, M.; Johansson, K. 2007 Sverige ”Accident and Emergency Nursing”. Database: OVID	“Implementation of computerized alcohol screening and advice in an emergency department – a nursing staff perspective”.	Å evaluere endringer i holdningene til sykepleierne fra starten og til ett år etter gjennomføring av en opportunistisk screening og korte intervensjoner på en akuttavdeling og å beskrive endringer i sykepleiernes praksis.	Kvalitativ.	54 sykepleiere gjennomførte det første spørreskjemaet og 48 gjennomførte det andre spørreskjemaet. I følge avdelingens register deltok 75 % av alle sykepleierne.	Etter ett år screening viste sykepleierne en betydelig økning i antallet pasienter som de forventet hadde et risikofyllt alkohol-konsum. 20 % oppga at akuttavdelingens ansvar for alkoholforebygging var nokså ubetydelig, mens 40 % mente det var betydelig. 20 % mente at alkoholforebygging ikke var en del av deres ansvar. 40 % av 31 sykepleiere mente at pasientene synes det var positivt å bli	Grad 1. *

					spurt om alkohol.	
Vadlamudi, R.S.; Adams, S.; Hogan, B.; Wu, T.; Wahid, Z. 2008 USA "Nurse Education in Practice". Fra Medline (OVID)	"Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention".	Evaluere effekten av en læringsbasert intervensjon på holdningene, meningene og selvtillitsnivået av sykepleiere når det gjelder screening og korte intervensjoner for alkoholproblemer.	Tverrsnittstudie.	181 sykepleiestudenter deltok.	Sykepleiestudentene viste en signifikant positiv endring i deres holdninger og meninger angående alkoholmisbruk og behandling. De som hadde liten eller ingen erfaring med alkoholmisbrukere viste store forbedringer i deres selvtillitsnivå etter den læringsbaserte intervensjonen.	Grad 2.*
Hadida, A.; Capur, N.; Mackway-Jones, K.; Guthrie, E.; Creed, F. 2000 England. "Emergency Medicine Journal." Fra manuelt søk.	"Comparing two different methods of identifying alcohol related problem in the emergency department: a real chance to intervene?"	Undersøke gjennomførbarheten av screening i en travel akuttavdeling i Storbritannia og å undersøke om CAGE versus personalets metoder avdekket ulike pasientgrupper med høyt alkoholkonsum.	Tverrsnittstudie.	429 pasienter ble utvalgt i studien og 413 deltok.	Basert på CAGE og personalets screening var 28 % problemdrikkere. 36 pasienter ble identifisert som problemdrikkere på bakgrunn av både CAGE og personalets screening. 39 pasienter ble identifisert med	Grad 1.*

					grunnlag av bare CAGE og 40 pasienter på grunnlag av personalets screening. CAGE avdekket flere menn enn personalet.	
Hearne, R.; Connolly, A.; Sheehan, J. 2002 Irland "Journal of the royal society of medicine". Fra manuelt søk.	"Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital".	Kartlegge forekomsten av alkoholmisbruk hos inneliggende pasienter, sammenligne sensitiviteten og spesifiteten av AUDIT, CAGE og BMAST, vurdere resultatet i identifisering gjort av helsepersonell og henvisning til behandling.	Tverrsnittstudie.	1133 ble utvalgt. 759 ble intervjuet.	AUDIT identifiserte 28 % som risikodrikkere. CAGE identifiserte 16 %. BMAST har lav sensitivitet for avdekking av alkoholavhengighet og høy spesifitet.	Grad 2. *
Tsai, Y.; Tsai, M.; Lin, Y.; Chen, C. 2009 Kina. "Alcoholism, Clinical and Experimental	"Brief Intervention for Problem Drinkers in a Chinese Population: A Randomized Controlled Trial	Evaluerer effekten av korte intervensjoner hos pasienter med høyt alkoholkonsum i Taiwan.	RCT.	190 pasienter deltok i intervensjonsgruppen og 199 deltok i kontrollgruppen.	61,6 % i eksperimentgruppen scoret positivt og 64,2 % scoret positivt på AUDIT i kontrollgruppen. Etter 6- og 12 måneders	Grad 1.

Research". Fra PsycINFO (OVID)	in a Hospital Setting".				oppfølging viste kontrollgruppen reduksjon i AUDIT- scoren.	
Castells, M.A.; Furlanetto, L.M. 2004 Brasil. "Revista Brasileira de Psiquiatria." Database: PsycINFO (OVID)	"Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol dependent inpatients on hospital wards".	Å fastlå validiteten av CAGE og å finne et beste cut- off pointet for å screene alkoholavhengige pasienter ved et universitetssykehus i Santa Catarina.	Tverrsnittstudie.	1234 pasienter ble invitert til å delta i studien. 729 pasienter deltok.	6,6 % av pasientene ble identifisert som alkoholavhengige ved bruk av MINI. Når ett cut-off point på 1 ble brukt så representerte CAGE høyere sensitivitet.	Grad 2.