

Beteckning: \_\_\_\_\_



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

# Distriktssköterskors upplevelse av att arbeta med motiverande samtal som ett arbetsverktyg

*Emma Aspgren*  
*Augusti 2008*

Examensarbete, 15hp, D-nivå  
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska  
75hp**

**Examinator: Anna-Greta Mamhidir  
Handledare: Maria Engström och Annica Ernesäter**

## **Abstract**

The aim of the study was to describe district nurses' experiences of working with motivational interviewing as a working tool. The study had a qualitative approach with a descriptive design. Nine district nurses from four primary healthcare centers in the middle of Sweden participated. Data were collected with semi – structured interviews and analysed with qualitative content analysis. Three categories emerged (field of application, working tool and changed way of working) and these refined the theme “To change focus in the meeting and to activate the patient”. The category Field of application showed that motivational interviewing most often was used in the out – patient practice. Furthermore, the district nurses considered that motivational interviewing functioned well in the child – and school healthcare but that motivational interviewing was difficult to use in palliative care. The category Working tool, showed how the district nurses used motivational interviewing and which parts they thought were important in order to conduct motivational interviewing. Most important was a respectful treatment of the patient and the district nurses showed this through asking open questions. The district nurses asked the patients about permission to give information and identified where the patient was in the process of change. Another important part was to clarify the patient's own responsibility. In the category Changed way of working, the district nurses described how the work had been changed since the education in motivational interviewing. The main difference was that the patients had an increased responsibility now compared with earlier and that the district nurses now functioned more as a coach.

Keywords: Motivational interviewing, healthcare, lifestyle changes.

## Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal som arbetsverktyg. Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design. Nio distriktssköterskor från fyra hälsocentraler i ett landsting i Mellansverige deltog. Data samlades in med semistrukturerade intervjuer och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Tre huvudkategorier framkom (användningsområde, arbetsverktyg, och förändrat arbetssätt) och dessa bildade temat ”Att förändra fokus i mötet och aktivera patienten”. Huvudkategorin *Användningsområde* visade att motiverande samtal oftast användes i mottagningsarbetet. Vidare ansåg distriktssköterskorna att motiverande samtal fungerade bra inom barn – och skolhälsovården men att motiverande samtal var svårt att använda i palliativ vård. Huvudkategorin *Arbetsverktyg* visade hur distriktssköterskorna använde sig av motiverande samtal samt vilka delar de ansåg var viktiga för att utöva motiverande samtal. Viktigast var ett respektfullt bemötande av patienten och distriktssköterskorna visade detta genom att ställa öppna frågor. Distriktssköterskorna frågade patienterna om lov för att ge information och identifierade vart i förändringsprocessen som patienterna befann sig. En annan viktig del var att tydliggöra patientens egenansvar. I huvudkategorin *Förändrat arbetssätt* beskrev distriktssköterskorna hur arbetet hade förändrats sedan utbildningen i motiverande samtal. Den största skillnaden var att patienterna hade ett utökat ansvar nu jämfört med tidigare och att distriktssköterskorna nu fungerade som coach.

Nyckelord: Motiverande samtal, sjukvård, primärvård, livsstilsförändring.

<b>Innehållsförteckning</b>	Sida
<b>Introduktion</b>	2
1.1 Motiverande samtal - MI	2
1.2 Utbildning i motiverande samtal i Gävleborg	3
1.3 Transtheoretical Model of Change	4
1.4 Hälsa	5
1.5 Livsstilförändring och forskning som berör livsstilsförändringar	6
1.6 Problemområde	8
1.7 Syfte	8
1.8 Frågeställning	9
<b>Metod</b>	9
Design	9
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	9
Datainsamlingsmetod	9
Tillvägagångssätt	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska övervägande	10
<b>Resultat</b>	12
Användningsområde	12
Arbetsverktyg	14
Förändrat arbetssätt	19
<b>Diskussion</b>	23
Huvudresultat	23
Resultatdiskussion	23
Metoddiskussion	25
Allmän diskussion	26
<b>Referenser</b>	28

## Introduktion

En vanlig frustration för människor i sjukvården är *varför människor inte förändrar sig*. Det kan vara uppenbart att det en person gör är självdestruktivt eller att det på något sätt inte fungerar, men ändå förändrar inte den personen sitt sätt att leva (1). Motiverande samtal är en metod som hälso- och sjukvårdspersonal och terapeuter använder sig av i många länder. Motiverande samtalsmetoden går ut på att utövaren använder sig av en direkt och patientcentrerad metod för att främja livsstilsförändringar genom att hjälpa patienterna att upptäcka och lösa ambivalens (2). Primärvården i flera landsting i Sverige har börjat använda motiverande samtal i det dagliga arbetet, men det finns inga studier på hur distriktssköterskor upplever att arbeta med motiverande samtal som ett arbetsverktyg.

### 1.1 Motiverande samtal - MI

Ett motiverande samtal syftar till att människor ska finna motivation för att kunna genomföra en förändring. Det handlar främst om att individen skall kunna finna motivation till en förändring och inte hur förändringen ska ske. Utövare av motiverande samtal ska ge patienten möjlighet att stanna upp, se, känna, tänka, möta och reflektera över sig själv för att kunna lyfta fram sin motivation och kunna ta ställning till en eventuell förändring (3). Moyers et al. (4) menar att det krävs av utövare av motiverande samtal att de har en förmåga att aktivt underlätta utforskningen av meningsfull information. Utövaren behöver även förmedla en känsla av konfidentialitet samt leda ett samtal utan att vara oflexibla för att skapa ett bra förhållande till patienten (4).

I tekniken för motiverande samtal inkluderas empati genom reflekterande lyssnande, kommunikativ respekt samt acceptering av patienten och dennes känslor. Ett öppet samtalsklimat är viktigt och att patienterna tillåts att reflektera över sig själva och att patienterna får utforska vad som styr deras levnadsvanor. En utövare av motiverande samtal ska berömma hellre än förtala och lyssna istället för att prata. De ska även på ett optimistiskt sätt fokusera på patientens styrka för att stötta dennes tilltro till sin egen förmåga att genomföra en livsstilsförändring (5). Ett motiverande samtal delas in i fem faser; 1. Kontakt- och relationsskapande fas, för att skapa trygghet, 2. neutralt utforskande fas för att skapa en gemensam förståelse för förändringens utgångspunkt, 3. perspektivutvidgande fas, där diskrepans, motstånd och ambivalens är de centrala punkterna, 4. motivationsbyggande fas

med fokusering på motivationsnivån hos patienten samt 5. besluts- och förpliktelsefas där patientens beslut utforskas och stärks (3).

Idén till motiverande samtal föddes i Nordnorge i början av 1980 – talet. Det utvecklades i kombination med kognitiv beteendeterapi till en metodik i USA av forskarna Stephen Rollnick och William R. Miller. Från början användes motiverande samtal med framgång inom områden som alkohol och droger och resultatet visade en starkare vilja till beteendeförändring hos patienterna. På senare tid har det börjat användas inom tobaksavvänjning och visat på bättre resultat jämfört med traditionell behandling. Motiverande samtal tillämpas med varierande grad i Sverige och de senaste åren har det slagit igenom stort. Mycket pengar har lagts ner av staten och landsting för att alla inom vården med intresse för motiverande samtal ska få utbildning inom området. Vanligtvis har det handlat om tre till fem dagars teoretisk utbildning (6).

## **1.2 Utbildning i motiverande samtal i Gävleborg**

Staten beviljade ett bidrag under 2000 och 2001 för att stärka sjukvårdshuvudmännens möjligheter att stärka sin kompetens, höja kunskapsnivån och vidta andra åtgärder för att med långsiktig planering kunna rikta sina insatser till barn och vuxna med överviktsproblem. Vilket bl.a. Gävleborg fick ta del av. En arbetsplan ”Plan för överviktiga barn och vuxna” arbetades fram och i december beslutade Landstingsstyrelsen att anta denna plan. Utifrån detta beslut utarbetades därefter ett förslag till vårdprogram och en plan för kunskaps- och kompetensutveckling för personalen där vikten av kompetens för beteende- och livsstilsförändringar särskilt betonades (7).

Under 2003 fördes en diskussion i landstingets nätverk för folkhälsa, om möjligheterna att på ett systematiskt sätt kunna ta vara på att personalen inom hälso- och sjukvården har kontakt med en stor del av befolkningen antingen som patienter, brukare eller anhöriga. I ”Nätverk folkhälsa” sågs då en möjlighet att ”utnyttja” detta forum för att bygga upp ett landstingsövergripande system för att systematiskt ge preventiva budskap kring levnadsvanor till patienter och anhöriga med hjälp av motiverande samtal. Viktiga aspekter var att det motiverande samtalet skulle bli ett rutinmässigt använt verktyg i vardagsarbetet och den enskilda förvaltningen skulle ansvara för att detta vidmakthölls och kvalitetssäkrades i verksamheterna. De första utbildningsinsatserna genomfördes i december 2005 och i

december 2007 hade 1074 medarbetare i landstinget deltagit i en halvdags introduktion i motiverande samtal. (7)

### **1.3 Transtheoretical modell of change**

Transtheoretical model of change utvecklades av Prochaska och DiClemente. Modellen härstammar ifrån att vissa rökare har observerats att sluta röka av sig själva jämfört med andra rökare som ingått i olika avvänjningsprogram. Forskarna uppmärksammade att alla rökare genomgick olika stadier i deras försök att sluta röka. Modellen framhäver att det är fem distinkta faser i beteendeförändring som grundarna menar att människor går igenom och ibland upp till sju gånger innan de har genomgått en permanent beteendeförändring. I den första fasen "precontemplation" funderar inte individen på någon förändring. Den andra fasen, "contemplation" är när individen med fördel bör göra en förändring, men inte har gjort någon plan för hur han/hon ska gå till väga. Tredje fasen "planning" är en planeringsfas, en plan har gjorts men inte använts ännu. Den fjärde fasen, "action" är när individen har börjat göra försök till att till exempel sluta röka eller gå ner i vikt. I den femte och sista fasen "maintenance" gör individen avsiktliga försök att fortsätta med förändringsprogrammet (8, 9, 10). Varje fas måste hanteras för att komma vidare i förändringsprocessen. Modellen visar även på möjligheter att individen kan stanna upp eller återgå till föregående fas om han/hon inte lyckas genomföra den förändring som var planerad. Transtheoretical Model of Change bidrar till en fördjupad förståelse av de tidiga faserna i motivationsprocessen. En av huvudprinciperna är till exempel betydelsen i ambivalensbearbetning för att komma vidare i en förändringsprocess. Detta är även en huvudprincip i motiverande samtal (3).

I en studie från USA (11) har det undersökts huruvida det går att använda Transtheoretical Model of Change i primärvården för att hjälpa överviktiga personer att gå ner i vikt. Resultatet var positivt, men forskarna menar att fortfarande finns en utmaning att få de som har gått ner i vikt att bibehålla vikten och sin nya livsstil (11). I en annan studie från USA (12) jämfördes två grupper där den ena gruppen inte fick någon behandling men följdes upp under undersökningsperioden och den andra gruppen behandlades i enlighet med Transtheoretical Model of Change principen. Det visade sig att de som fick hjälp enligt Transtheoretical Model of Change förbättrade sina matvanor, motionsvanor samt klarade känslomässig stress bättre (12).

## 1.4 Hälsa

Ett mål för samhället är en god folkhälsa. Folkhälsan är den hälsa som är extra viktig för befolkningen i samhället och landet. Begreppet hälsa är ett positivt begrepp då människor vill ha en god hälsa och det är något som berör den enskilda individen. Hälsa är en tillgång och är viktig för att den enskilda individen ska kunna ha och uppleva ett gott liv. Beroende på många olika faktorer kan hälsan se olika ut. Dessa faktorer kan vara: arv, miljö, levnadsvillkor och levnadsvanor (13). När det gäller hälsa är det dock värt att notera att skillnaderna i dödlighetsnivå mellan män och kvinnor är betydligt större än mellan olika sociala grupper. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har minskat vilket är en stor del till att folkhälsan i Sverige fortsätter att förbättras. I Sverige fortsätter medellivslängden att öka. Mäns medellivslängd har ökat med 3 år sedan 1990 och kvinnors medellivslängd med 2 år. Även spädbarndödligheten har minskat och sedan 1984 har den halverats (14).

En mer fördelaktig hälsoutveckling för individer som var 45 år och äldre jämfört med de som var yngre än 45 år konstaterades i "Folkhälsorapport 2001". I stort sätt gäller detta fortfarande, men det finns tecken på att hälsoutvecklingen för de som är över 65 år inte varit positiv i alla avseenden sedan slutet av 1980 – talet. Vad gäller barn och ungdomar i Sverige har de under lång tid haft en mycket gynnsam hälsoutveckling, men även här finns det numer en hel del orosmoln. Det är främst diabetes och övervikt som ökar bland barn och ungdomar. Även hos vuxna ökar övervikten samt alkoholkonsumtionen ökar. Tobaksrökning är fortfarande en av de största hälsoriskerna men den har minskat bland både män och kvinnor, dock har fler börjat snusa (14).

I en studie från Västerbotten av Nordström och Bodlund (15) framkom att var tredje patient i primärvården lider av depression, ångest eller alkoholproblem. Siffran av patienter som sökte direkt för sina psykiska eller alkoholproblem var låg utan patienterna sökte för smärta eller infektioner istället. Nordström och Bodlund menar att när siffran av patienter med psykiska och alkoholproblem är så hög som var tredje patient är det viktigt att identifiera dessa problem i tidigt skede (15).

I samband med hälso- och sjukvårdens ständiga förändringar där ekonomin styr, läggs mer och mer fokus på att sjuksköterskor ska bedriva mer hälsobefrämjande insatser än tidigare. Detta, att motivera och underlätta livsstilsförändringar, är en utmaning för distriktssköterskor



att motivera och underlätta livsstilsförändringar i deras arbete med individer och familjer. Det behövs en förändring gällande antalet människor som möter en för tidig död relaterat till dålig livsföring (16). I en studie från USA (16) var syftet att beskriva hur vårdpersonal kan integrera teori och praktik med hjälp av Transtheoretical Model of Change och motiverande samtal principen. I studien ger författarna tips om hur sjuksköterskan eller annan utövare kan gå tillväga i de olika stegen en patient kan befinna sig i (16).

### **1.5 Livsstilsförändring och forskning som berör livsstilsförändringar**

I USA räknas övervikt som en av de vanligaste hälsoriskerna och inkluderar 30% av befolkningen (17). Även i England uppskattas det att cirka halva befolkningen lider av övervikt eller fetma. Livet för överviktiga eller de som lider av fetma förkortas med nio år jämfört med en normalviktig person relaterat till att överviktiga har en ökad risk för att insjukna i hjärt – och kärlsjukdomar, diabetes och hypertoni (18). I en studie från England (18) har det undersökts hur sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal i primärvården kunde erbjuda personer med övervikt eller fetma den hjälp de behövde och utveckla de tjänster som var mest acceptabla och tillgängliga för kommuninnevanorna. Målet var att upptäcka vilka faktorer som motiverade eller hindrade människor från att ta tag i sitt viktproblem. Studien visade människors sårbarhet vid den tidpunkt som de ber om hjälp och vikten av att ge den service som var lämplig, tillgänglig och stöttande. Resultatet beskrev hur människor flyttade sig mellan olika förändringsfaser innan de kom till det stadium då de verkligen genomgick en förändring (18).

Tidigare forskning har visat att när läkare diskuterar viktminskning med överviktiga patienter så går det bättre för dem att gå ned i vikt, förbättra mat och motionsvanorna jämfört med när läkarna inte diskuterar dessa områden. Tyvärr visade det sig att läkare inte tar upp viktminskning så ofta som det skulle behövas. Detta kan av patienten tolkas som att läkare anser att det är okej att vara överviktig (19). I en studie av Pollak et al (19) beskrivs vad som fick överviktiga kvinnor i USA att försöka och/eller lyckas gå ner i vikt. Studien visade att patienterna tog upp viktproblem oftare än vad läkarna gjorde. Läkarna utövade motiverande samtal och det framkom att empati var det viktigaste verktyget för att kvinnorna skulle påbörja viktminskning (19). Även i en annan studie från USA (20) framkom att motiverande samtal har en positiv inverkan för att stärka motivation till en förändring av vikten hos överviktiga kvinnor med typ 2 diabetes. Resultatet visade en signifikant skillnad efter 18

månader mellan de personer som blivit hjälpta med motiverande samtal jämfört med de personer som ingick i kontrollgruppen (20). Det har även visat sig att det går att ge rådgivning enligt motiverande samtal över internet enligt Webber et al. (21). Tjugo kvinnor deltog i ett åtta veckors program för att gå ner i vikt. De fick lektioner via internet varje vecka samt att de diskuterade med varandra. Efter de åtta veckorna mättes kvinnornas motivation och viktförändring. 84 procent av kvinnorna rapporterade att de gärna ville vara med igen och att de var nöjda med diskussionsämnena. De kvinnor som var mest motiverade vid avslutad kurs var de som hade förlorat mest i vikt (21)

En annan hälsorisk som kräver en livsstilsförändring för förbättrad hälsa är rökning. Motiverande samtal är ett användbart verktyg i att sluta röka, men det finns inte tillräckliga bevis för dess effektivitet menar författarna till en studie som gjordes i primärvården i Spanien (22). Forskarna använde sig av 200 rökare varav 86 personer fick traditionell sluta röka rådgivning medan 114 personer fick behandling med hjälp av motiverande samtal. Efter både sex och tolv månader var siffran för rökfria individer mer än fem gånger högre än hos de som behandlades enligt motiverande samtal principen jämfört med patienterna i kontrollgruppen (22). I en annan studie (23) där barnmorskor fokuserade på gravida kvinnor i hemmet i ett försök att sluta röka var resultatet ett annat. Där jämfördes också två grupper där båda grupperna fick samma hälsoinformation men bara den ena gruppen fick hjälp med motiverande samtal. Resultatet visade att det inte var så stor skillnad mellan grupperna i fråga om att sluta eller minska sin dagliga rökning (23).

I en studie av Beckham (5) jämfördes två grupper där den ena gruppen fick hjälp via motiverande samtal för att minska sitt alkoholintag och inte den andra. Båda grupperna sänkte sitt dagliga alkoholintag men gruppen som fick motiverande samtal som hjälp minskade sitt betydligt mer (5). I en annan studie från USA (24) studerades det hur sjuksköterskor kan praktisera motiverande samtal via telefon och mejl med äldre personer som önskar och behöver förbättra sin hälsa. Resultatet visade att motiverande samtal via telefon var en användbar metod då det var flera i den gruppen som visade upp en bättre hälsa efter undersökningen. De kunde dock inte helt säga om den förbättrade hälsan berodde på livsstilsförändringar eller inte (24). Även i en studie från Sverige (25) framkom det att rådgivning i form av motiverande samtal via telefon fungerar. Sjutton hälsocentraler i Sverige ingick i studien där diabetessköterskor gick en kort utbildning i motiverande samtal och identifierade rökare bland sina patienter. Diabetessköterskorna hade sedan

rökavvänjningssamtal via telefon med patienterna. Den gruppen jämfördes med en kontrollgrupp. Efter ett år hade 20 procent av patienterna i undersökningsgruppen slutat röka jämfört med patienterna i kontrollgruppen (25). Vidare beskriver Masterson (26) i en artikel att sjukvårdspersonal använder motiverande samtal för att långtidssjuka patienter ska bli motiverade och redo att utöva mer egenvård. Personalen försöker motivera patienterna att sköta medicinering, uppmärksamma förändringar i sitt tillstånd, det vardagliga livet med mera, själva för att patienterna ska slippa så många besök på hälsocentraler eller sjukhus för att bibehålla livskvaliteten (26).

Motiverande samtal är en populär behandlingsmetod men det saknas fortfarande evidens för vissa av de aktiva ingredienser/verktyg som bidrar till dess effektivitet (27). I en stor amerikansk undersökning, *Project MATCH*, gjordes det en multicenterstudie där tre olika former av missbruksbehandling jämfördes på ett urval av 1700 patienter. Motiverande samtal var en av de tre former som utvärderades. Forskningen visade att motiverande samtal efter en noggrann jämförelse, har en dokumenterad effekt inom många behandlings- och rådgivningsområden (3). Det har även gjorts en utvärdering i Sverige där mätinstrumentet Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI) användes. I forskningen utvärderades mätinstrumentets tillförlitlighet. Det framkom att MITI var tillförlitligt då det användes på gruppbasis men att försiktighet krävs vid enskilda mätningar (28).

## **1.6 Problemområde**

Det finns en del forskning angående motiverande samtal, även med fokus på sjuksköterskan, dock inget på upplevelser av att arbeta med motiverande samtal. Vid sökning i databaser har inte heller någon svensk studie hittats som beskriver distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal. Därav behövs den här studien för att undersöka vad svenska distriktssköterskor tycker och tänker om motiverande samtal och hur det är att arbeta med motiverande samtal.

## **1.7 Syfte**

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal som arbetsverktyg.

## **1.8 Frågeställning**

Hur upplever distriktssköterskor att arbeta med motiverande samtal som arbetsverktyg?

## **Metod**

### **Design**

Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design.

### **Urvalsmetod och undersökningsgrupp**

Undersökningsgruppen bestod av nio distriktssköterskor som hade gått den första kursen i motiverande samtal i ett landsting i Mellansverige. Distriktssköterskorna arbetade vid fyra olika hälsocentraler. Bekvämlighetsurval användes vilket innebär att tillgängliga distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades om deltagande i studien (29). Inklusionskriterier för deltagande var att distriktssköterskorna hade arbetat minst två år som distriktssköterska och hade gått motiverande samtalsutbildning. Fyra distriktssköterskor tackade nej till att vara med i studien. Distriktssköterskornas yrkeserfarenhet varierade mellan 4 till 20 år (median 14). Deltagarnas ålder varierade mellan 41 år till 61 år (median 53). Distriktssköterskorna hade olika lång erfarenhet av motiverande samtal, det varierade mellan några månaders erfarenhet till fyra års erfarenhet (median 1). En av distriktssköterskorna hade vidareutbildning inom astma/KOL, två distriktssköterskor hade gått intensivvårdsutbildningen och diabetesutbildningen, två distriktssköterskor hade läst palliativ vård och två distriktssköterskor hade läst folkhälsovetenskap för att utbilda sig till hälsosamordnare. Alla deltagarna i studien var kvinnor.

### **Datainsamlingsmetod**

Semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Ett frågeformulär utvecklades med sju öppna diskussionsfrågor där deltagarna fick diskutera fritt (29). Frågorna som ställdes till deltagarna var; ”Berätta hur Du använder dig av motiverande samtal”, ”Hur inleder Du ett motiverande samtal?”, ”Kan Du beskriva det senaste motiverande samtal som du har haft?”, ”Berätta hur Du känner inför motiverande samtal som arbetsverktyg”, ”Berätta hur Du känner inför ett motiverande samtal”, ”Visste Du vad det innebar att arbeta med motiverande samtal innan Du gick utbildningen?”, ”Upplever Du att patienterna blir mer motiverade av motiverande samtal?”, ”Kan Du ge exempel där resultatet föll ut bra respektive mindre bra vid ett motiverande samtal?”. Följdfrågor ställdes under intervjun för att få en

djupare beskrivning av distriktssköterskornas upplevelser. Bakgrunds variabler som samlades in var ålder, kön, annan utbildning och antal år i yrket.

### **Tillvägagångssätt**

Skriftlig information om studien lämnades till berörd verksamhetschef och tillstånd att genomföra studien inhämtades. Vårdenhetscheferna på respektive hälsocentral valde ut deltagare utifrån studiens inklusionskriterier. Några av vårdenhetscheferna lämnade namn på deltagarna och studieansvarig kontaktade deltagarna personligen för ytterligare information om studien, medan andra vårdenhetschefer lämnade namn på distriktssköterskor som var intresserade. Personlig kontakt togs med alla berörda distriktssköterskor som informerades muntligt och skriftligt om studiens tillvägagångssätt och syfte för att de i sin tur fick ge sitt godkännande om att vara med i studien. Tid och plats för intervjuerna bestämdes i samspråk med studiedeltagarna. Intervjuerna genomförde av författaren under våren 2008 och samtliga intervjuer genomfördes i ett lugnt och avskilt rum på studiedeltagarnas arbetsplatser. Intervjuerna spelades in på bandspelare och varade mellan 20 till 40minuter. De inspelade intervjuerna behandlades konfidentiellt och förvarades inlåsta.

### **Dataanalys**

Analysen av materialet gjordes med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (30). Intervjuerna transkriberades ordagrant med pauser, tveksamheter och känslouttryck. När detta var gjort lästes materialet igenom flera gånger för att få en helhet och sammanhang i vad som hade beskrivits under intervjuerna. Texten delades sedan in i meningsbärande enheter utifrån syftet med studien, dvs. ord och meningar och textavsnitt med liknande innehåll. De meningsbärande enheterna kondenserades och blev tillskrivna en kod. Koderna i sin tur jämfördes för att se skillnader och likheter och delades därefter in i olika subkategorier och slutligen kategorier. Till slut framkom ett tema där författaren tolkat det latenta budskapet i texterna. Temat innehöll tre kategorier (30).

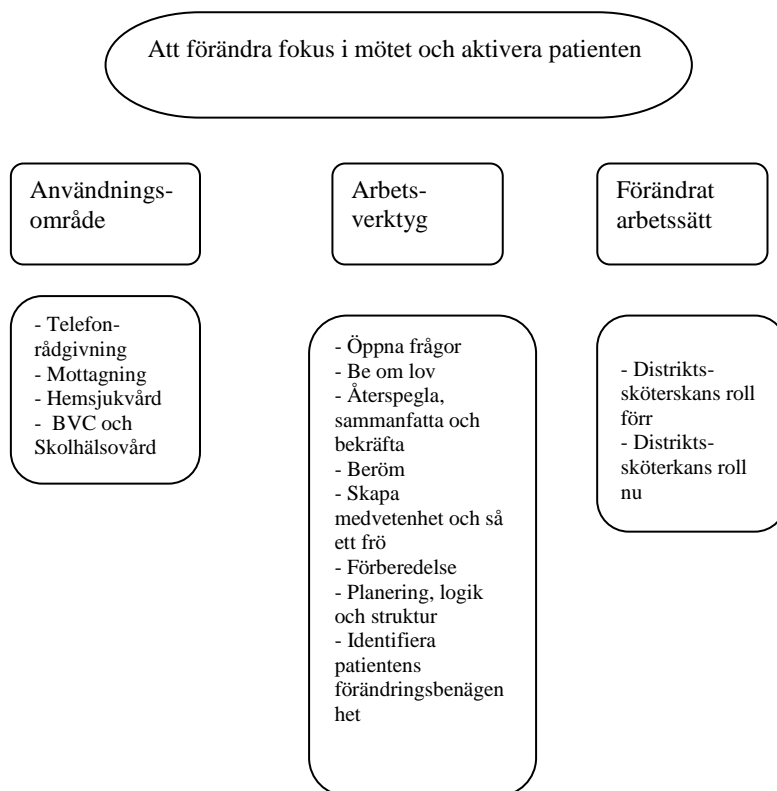
### **Forskningsetiska övervägande**

Eftersom forskaren inte intervjuade eller observerade några patienter behövdes ingen ansökan göras till Forskningsetiska rådet. Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Materialet kodades så att deltagarnas integritet inte blev hotad och materialet förvarades inlåst. Detta framgick i informationen som lämnades till deltagarna innan intervjun. I missivbrevet gavs även information om att intervjuerna var

frivilliga och att deltagarna när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Resultatet presenteras så att ingen i undersökningsgruppen kommer att kunna identifieras.

## Resultat

Resultatet presenteras i löpande text utifrån huvudkategorierna som framkom i analysen. Kategoriernas innehåll beskrivs utifrån dess subkategorier och citat används för att styrka trovärdigheten i studien. Vid analysen framkom tre huvudkategorier som totalt bestod av 14 subkategorier. De tre huvudkategorierna var följande; *användningsområde*, *arbetsverktyg* och *förändrat arbetssätt*. Utifrån de tre huvudkategorierna framkom temat *Att förändra fokus i mötet och aktivera patienten*, se figur 1.



Figur 1. Tema, kategorier och subkategorier

För att tydliggöra vilken intervju som citaten är hämtade ur står det (I 1), (I 2) etc.

### Användningsområde

Denna kategori framkom från fyra subkategorier och beskriver inom vilka områden som distriktssköterskorna använder motiverande samtal. Distriktssköterskorna beskrev i vilka sammanhang som de oftast använde motiverande samtal men också i vilka sammanhang där de börjat prova tekniken och i vilka sammanhang som tekniken användes mer återhållsamt. De flesta av distriktssköterskorna påtalade i studien att motiverande samtal ska kunna användas inom alla områden och i alla sammanhang. Vidare beskrev distriktssköterskorna att

motiverande samtal kräver träning och de ansåg att det är viktigt att träna i det enskilda patientmötet. Subkategorierna som framkom var; *Telefonrådgivning, Mottagning, Hemsjukvård* samt *BVC och skolhälsovård*.

### *Telefonrådgivning*

Några av distriktssköterskorna ansåg att motiverande samtal var bra att använda i telefonrådgivningen och menade att frågorna blir tydligare och att patienten tänker till. Vidare beskrev distriktssköterskorna att det var svårt att få en bild av situationen när de inte kunde se patienten och menade att tekniken i motiverande samtal underlättade en visualisering. Andra distriktssköterskor ansåg att det var tvärtom, de menade att det krävs tid att utöva motiverande samtal och den tiden fanns inte i telefonrådgivningen då det ofta var kö. *”Och lika sitter jag i telefonrådgivningen inne på hälsocentralen och samma sak där, att när man inte har personen ifråga framför sig, utan de finns i telefonen, då gäller det att jag ställer rätt sort frågor så man får veta vad man vill. Och då är ju, just med tanke på det här med MI, att man ställer rätt sort frågor så att man inte får ett ja eller nej. Då kommer man inte så mycket längre.” (I 4)*

### *Mottagning*

I denna subkategori beskrevs att distriktssköterskorna använde sig av motiverande samtal i distriktssköterskemottagningen. Några av distriktssköterskorna arbetade med specialområden, t.ex. astmamottagning, diabetesmottagning och med hälsosamtal, och dessa är medtagna i denna subkategori. Samtliga distriktssköterskor påtalade att de oftast använde motiverande samtal vid mottagningsbesök. Flera informanter påtalade att motiverande samtal var bra att använda för att medvetandegöra patienter med hypertoni vad de kan göra för att förändra sitt blodtryck. Vidare beskrev distriktssköterskorna att de kunde fånga upp patienter på mottagningen med hjälp av motiverande samtal och sen om det behövdes, remittera till annan instans.

En distriktssköterska påtalade vikten av att använda motiverande samtal för att uppmuntra patienten till egenvård. Distriktssköterskan hade nyligen gått utbildningen och hade använt tekniken för att uppmuntra till egenvård och därmed förhoppningsvis minska patientens behov av mottagningsbesök. Hon ansåg att tekniken hade fungerat bra och menade att arbetssättet sparar tid för alla, både för patienten och för sjukvården. Några av distriktssköterskorna arbetade som hälsosamordnare och hade hälsosamtal med patienter där de samtalande om



livsstilsförändringar. Distriktssköterskorna upplevde att det var bra att använda motiverande samtal för att ”öppna upp patienten” och göra honom/henne medveten om sin situation.

### *Hemsjukvård*

De distriktssköterskor som arbetade inom hemsjukvården hade varierande erfarenhet angående hur motiverande samtal kan användas inom hemsjukvården. Några distriktssköterskor menade att de arbetade för sällan i hemsjukvården för att kunna avgöra om det gick att använda motiverande samtal där. Andra hade nyligen gått sin utbildning men hade börjat använda motiverande samtal även i hemsjukvården. Någon hade även använt metoden med en anhörig med bra resultat och ansåg att det också hade fungerat bra att använda med en patient i hemmet. Vidare ansåg distriktssköterskorna att det var svårt att använda motiverande samtal med palliativa patienter. *”Hemsjukvården är det kanske lite svårare att använda det. Beroende på vilken typ av patient jag just har haft nu då. Vi har haft tung hemsjukvård. Tung palliativ hemsjukvård och då har det liksom inte varit läge för det då.” ( I 5)*

### *BVC och skolhälsovård*

Några av distriktssköterskorna jobbade med BVC. De hade börjat arbeta mer med motiverande samtal på BVC än tidigare. De påtalade att det var bra att använda till att motivera och stötta föräldrarna då är det ansågs extra viktigt att ställa rätt frågor men att inte ta över. *”För motiverande måste vi vara... tror jag i alla sammanhang. Speciellt nu eftersom man är på barnavårdscentralen i och med att det är ett förebyggande jobb då.” ( I 4)*

En av distriktssköterskorna arbetade även som skolsköterska och gjorde bland annat hälsobedömningar. Hon upplevde att det är bra att använda motiverande samtal i samband med dessa när livsstilsfrågor diskuterades. Hon menade att det var bra med öppna frågor när hon samtalade med ungdomar för att det öppnade upp dem. *”... för hur det än är när man ställer öppna frågor så måste dom ju svara, på ett annat sätt. För dom vill ju gärna bara svara korta meningar.” ( I 3)*

### **Arbetsverktyg**

I motiverande samtal finns det flera arbetsverktyg som är viktiga för att kunna använda tekniken. Denna kategori framkom utifrån åtta subkategorier där distriktssköterskorna beskriver vilka arbetsverktyg distriktssköterskorna använder när de arbetar med motiverande samtal. Subkategorierna som framkom var; *”Öppna frågor”, ”Respektfullt bemötande”, ”Be*

*om lov”, ”Återspeglning, sammanfatta och bekräfta”, ”Beröm”, ”Skapa medvetenhet och så ett frö”, ”Förberedelse, Planering, logik och struktur” samt ”Identifiera patientens förändringsbenägenhet”.*

### *Öppna frågor*

Motiverande samtal handlar om att ”öppna upp patienten” och få honom eller henne att berätta mer med egna ord. För att få patienten att berätta mera om sig själv och att komma vidare ansåg distriktssköterskorna att det gällde att inte ställa frågor som patienten kunde svara ja eller nej på. Distriktssköterskorna ansåg att patienten blev mer begränsad av ja eller nej frågor. Distriktssköterskorna beskrev att öppna frågor var ett viktigt redskap för att få patienten mer öppen. Distriktssköterskorna beskrev att de inledde motiverande samtal med öppna frågor för att patienterna skulle kunna berätta så mycket så möjligt själv och att de kom vidare i samtalet på ett annat sätt med mer uttömmande svar från patienten. Patienterna blev mer medvetna när de själva fick beskriva problemet ansåg distriktssköterskorna. *”så säger jag sen till patienten: Vad tänker du om det här som jag berättar nu? Och så får jag igång patienten här också som pratar där då. Och så kan vi komma vidare i det här då,” (I 2)*

### *Be om lov*

Ett annat verktyg som distriktssköterskorna betonade som viktigt var att be om lov för att få ge information till patienterna. Distriktssköterskorna tillfrågade patienten vad han/hon redan visste i frågan. Sedan frågade distriktssköterskorna om de fick fylla på med information i patientens ärende. Distriktssköterskorna ansåg det som respektfullt gentemot patienterna. *”Då frågar jag om dom vet hur dom kan påverka sitt blodtryck utan att få mediciner. Och då vet dom oftast det. Och annars får man fråga om dom vill veta, och så får man dundra på med information.” (I 6)*

Att acceptera patientens vilja och bemöta dem med empati betonade distriktssköterskorna som en viktig del av motiverande samtal. Om patienten säger nej så ska det accepteras, då fick distriktssköterskorna backa för att inte patienterna skulle sluta sig, de lämnade alternativ till patienterna så att de fick komma tillbaka till vården när de var redo. Vidare ansåg distriktssköterskorna att många patienter är välinformerade och insatta i sin sjukdom eller livsstilsproblematik nuförtiden, men vill ändå få mer information av distriktssköterskan.

### *Återspegla, sammanfatta och bekräfta*

Att patienten behöver bekräftas ansåg distriktssköterskorna som en viktig del i motiverande samtal. Distriktssköterskorna ansåg att det kunde vara svårt med återkoppling i alla fall då de ibland bara träffade patienterna vid ett tillfälle men menade samtidigt att för de återkommande patienterna var det bra. Vid återbesök gick distriktssköterskorna tillbaka till förra besöket och frågade hur de hade tänkt sedan dess. *”Just det här med vikt nedgång är ju himla svårt alltså. Och det går ju upp och ner. Och då att man kan peppa dom och spegla tillbaka och ge beröm. Och det här med återspeglning tror jag nog är bra, att man kan backa tillbaka och så säga hur tänkte du efter den där gången?” (I 4)*

Vidare berättade distriktssköterskorna att det var viktigt vid återkoppling att de visste vad de pratade om och att distriktssköterskorna visade att de lyssnade på patienten. Under hela samtalet försökte distriktssköterskorna sammanfatta och upprepa vad patienten berättade så att patienten kunde få en chans att kommentera om distriktssköterskorna hade uppfattat honom/henne rätt. Distriktssköterskorna menade också att det är viktigt att bekräfta en patient oavsett om det handlar om motiverande samtal eller inte. Genom att sammanfatta och återge det patienten sagt, visade distriktssköterskorna att de verkligen hade lyssnat på patienten menade distriktssköterskorna. Vidare ansåg distriktssköterskorna att det var lika viktigt oberoende av var patienten befann sig i förändringsprocessen. *”... att man inte försöker ta några kringelikrokvägar eller inte låtsas om att man har en arg människa framför sig, det är det värsta man kan göra.” (I 1)*

### *Beröm*

Genom att ge beröm till en patient ansåg distriktssköterskorna att patienterna blev uppmuntrade och inte gav upp lika lätt och jobbade vidare istället. När patienterna började tveka och berättade att det inte gick som de hade planerat betonade distriktssköterskorna det som hade genomförts enligt planeringen och gav uppmuntran för detta istället för den del som inte hade fungerat. Distriktssköterskorna ansåg att det gav ett mer positivt resultat. Om en patient hade fått ett återfall när han/hon till exempel försökte sluta röka menade distriktssköterskorna att det var viktigt att se det positiva med situationen. *”...även om dom haft ett återfall och ojoj vad dum jag är, ja, jag rökte på den där festen. Fast nu har jag inte rökt på två dar. Då måste jag säga att: Vad duktig du är som tog nya tag så där då. Att man inte lägger av för det,” (I 8)*

### *Skapa medvetenhet och så ett frö*

För att patienterna skulle bli mer medvetna om sitt problem försökte distriktssköterskorna göra dem medvetna med bland annat att så ett frö. ”...inte beredd här. Och då är det ju informationen dom behöver. Och då kan jag känna liksom att även om dom går härifrån då och inte har, är beredd, va, så har jag ändå givit dom en del i det är som kan vara ett frö för framtiden.” (I 2)

Fastän patienten t.ex. inte klarat att sluta röka eller inte hade varit tillräckligt motiverad att försöka, ansåg distriktssköterskorna att de hade lyckats om de hade sått ett frö för framtiden. Om distriktssköterskorna hade gett patienten information så när den stunden kommer då patienten är redo, så har han/hon redan fått informationen.

Ett annat arbetssätt som distriktssköterskorna ansåg var viktigt för att få patienterna medvetna var att patienterna själva fick säga vad problemet var med egna ord, och att patienterna uttalade problemet högt. Distriktssköterskorna försökte göra patienten medveten genom att ställa öppna frågor så att patienten fick svara med längre meningar. Distriktssköterskorna ansåg även att patienterna fick en större förståelse för sitt problem/sin livssituation i och med att de använde sig av motiverande samtal i mötet med patienterna. ”...och sen diabetes patienterna också tycker jag liksom att eh, där är det ju att de får en förståelse för det här typ 2 diabetes, va . För att förut har dom sagt att dom har lite diabetes och så där, va, Men i och med att man pratar och har den här dialogen som man har i motiverande samtal så tycker jag liksom att jag kommer vidare där i att dom får en bättre förståelse, i det här.” (I 2)

### *Förberedelse*

Några av distriktssköterskorna påtalade vikten av att förbereda sig inför ett motiverande samtal och att samtalet då blev bättre. Vidare kände distriktssköterskorna att de inte fick vara stressade men som de uttryckte det ”laddade”. Distriktssköterskorna berättade att det räckte med att de en kort stund innan patienten kom, gick igenom tidigare journaler och läste på om patienten.

Distriktssköterskorna betonade också att de behövde påminna sig om att ställa rätt frågor. ”Oftast så har man den millisekunden eller det är ju en halv minut eller nånting sånt där som nästan bara, samma tid som det tar att hämta patienten, kan man ju... påminna sig om att man inte ska... ställa ledande frågor och allt det här som är så lätt att göra. Så att man

*kommer in samtalet rätt.” (I 6) Några av distriktssköterskorna kände att de inte behövde förbereda och påminna sig innan, de kände att det kom naturligt.*

#### *Planering, logik och struktur*

Att planera och få en struktur över samtalet och mötet påtalade distriktssköterskorna som en förutsättning. De gjorde upp en plan tillsammans med patienterna för att få struktur på samtalet och komma vidare. Distriktssköterskorna menade att det gäller ”att få med patienterna på tåget” och frågade om de fick lov att göra en plan och att göra den tillsammans med patienten. Det handlade om respekt. Vidare ansåg distriktssköterskorna att om en patient inte ville göra en planering på grund av bristande motivation, kände inte distriktssköterskorna att de hade misslyckats, utan låter det bero och tar upp frågan igen om ett par månader. ”Och då säger dom så här: Ja, jag skulle tänka mig att promenera. Hur mycket då då? Ja, jag skulle kunna ta rundan ner till postlådan. Ja hur lång tid tar den då? Och då måste man vara väldigt konkret i det här så att patienten själv säger det här: Jag går den här runden och den här rundan tar trettio minuter för mig. Men när på dygnet kan du tänka dig att gå då? Hur många dar kan du tänka dig det här då, då? Vädret då, har det nån betydelse? Så alla dom här bitarna ska in där då så att patienten har verkligen.. Och när sätter du igång då? Idag eller imorgon? Så att patienten säger det här själv va, det är patienten själv som beskriver det här. Och då har man en riktig plan där. Ibland skriver dom också.” (I 2)

#### *Identifiera patienternas förändringsbenägenhet*

Motiverande samtal handlar om att identifiera var patienten står någonstans i förändringsprocessen. Vill de verkligen göra en förändring? Vill de men har inte förmågan? Vilka resurser har patienten att genomföra en förändring? Dessa frågor ansåg distriktssköterskorna att de arbetade mycket med. När distriktssköterskorna gick motiverande samtalsutbildningen fick de en lathund som flera av dem använde sig av. Där kan patienten själv skatta sin motivationsförmåga. Skalan var utformad som en VAS – skala från noll till tio. När distriktssköterskorna fått klart för sig var patienten står, redo eller inte redo, kan de jobba vidare tillsammans med patient och göra en plan. ”Då kan man ju använda den här skattningsskalan. Om dom är motiverad, vad dom tror själv om sin förmåga att åstadkomma en förändring. Och då ser man ju lite var man kan lägga sig. Är det ganska lågt på den här skalan då är dom väl egentligen inte riktigt motiverade, men viljan finns där men sen att dom inte är riktigt motiverade att genomföra, eller har kraften att genomföra.” (I 9)

Om patienten var tveksam kunde distriktssköterskorna diskutera fördelar och nackdelar och sen arbeta med dessa delar tillsammans med patienten. Efter en tid fick patienterna skatta sin motivationsförmåga på nytt. Då hade han/hon kommit en bit på väg och de kan komma vidare tillsammans för att till slut nå målet. En del patienter var inte beredda just nu, livssituationen gjorde att det inte var läge att ta tag i en stor livsstilsförändring fastän de visste att det behövdes, då menade distriktssköterskorna att de fick backa och acceptera patientens vilja. Det var inte på grund av bristande motivation som de tackade nej till information och hjälp utan det berodde ofta på hur deras livssituation såg ut menade distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna påtalade att alla människor inte är lika motiverade till förändringar beroende på var i livet de befinner sig.

När distriktssköterskorna pratade om att sluta röka kom det fram att många patienter vill sluta för någon annans skull, till exempel doktors, sjuksköterskans, barnbarnet eller annan anhörig och inte för sin egen skull. Det kunde handla om att skatten hade gått upp eller att en anhörig blivit sjuk och för att orka sköta om honom eller henne slutade de att röka. Dessa orsaker vägde ofta tyngre än deras egen hälsa ansåg distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna påtalade att det blir en annan tyngd om patienterna får uttrycka sig själva, det blir inte distriktssköterskorna som ”prackar på” något på patienterna. ”...*det får en helt annan tyngd när den man pratar med, den som eventuellt ska göra en livsstilsförändring för att främja sin hälsa, själv säger att man kanske är si och så motiverad om jag frågar ”Hur motiverad är du, om vi säger att en skala, mellan en skala noll till tio, där noll är inte motiverad alls och tio är helt motiverad?” och så säger man att man ligger på sex, där till exempel. Då är man ju ganska motiverad att göra en livsstilsförändring. Och säger man det dessutom och det kommer ut genom munnen då blir det liksom en väldig tyngd. Då är det ju inte jag som sjukvårdare som har uppmanat någon att göra en förändring utan det är patienten själv som säger man faktiskt är motiverad att förändra sig och så frågar man ” Hur beredd är du till det?” och så kanske man ja, inte är så beredd till det, kanske tre, ”Jamen hur kommer det sig att du säger tre och inte noll?” och då blir det vänt positivt för patienten. Patienten har sagt att man inte är helt beredd, men man har ändå börjat fundera på det hela.” (I 1)*

### **Förändrat arbetssätt**

Kategorin *förändrat arbetssätt* framkom genom att distriktssköterskorna berättade hur de arbetade innan motiverande samtal och hur de arbetar efter. De beskrev skillnader, vinster, svårigheter och de berättade om vad de tyckte om motiverande samtal som metod.

Subkategorierna som framkom var *Distriktssköterskans roll förr* och *Distriktssköterskans roll nu*.

#### *Distriktssköterskans roll förr*

Föret menade distriktssköterskorna att sjukvårdens pedagogik var mer pekpinnar och att patienten inte fick utrymme att tänka till på samma sätt. Distriktssköterskorna menade att förr lades frågor fram på ett annat sätt, distriktssköterskorna pratade och patienterna satt tysta och tog emot. Förr gavs ofta den information som distriktssköterskan ansåg behövdes, det gick snabbare på det viset. Arbets sättet var utformat så att patienterna blev undersökta men bakomliggande orsaker undersöktes sällan.

Vidare ansåg distriktssköterskorna att ”det gamla sättet” passar en del äldre patienter bättre för de förväntar sig och är mer van vid att ansvaret ligger på någon annan.

Distriktssköterskorna ansåg att en del patienter har blivit hospitaliserade och vill att sjukvården ska ta de beslut som gäller patienten och vill inte ta dessa själva.

Distriktssköterskorna kände även att ansvaret låg mer på dem föret. Om en patient inte lyckades med att sluta röka eller sänka sitt blodtryck kände distriktssköterskorna ofta att det var deras tillkortakommande som gjort att patienten gav upp.

Distriktssköterskorna påtalade att föret ville de ha en plan direkt med en patient och de lade lite tid på mötet, bemötandet och samtalet. ”Så är det ju så också att, förr så var det ju mera det här då, men hur ska jag komma vidare med den här patienten då. Alltså man ville ha en plan direkt va.” (I 2)

#### *Distriktssköterskans roll nu*

En av de största skillnader som distriktssköterskorna upplevde var att patienten har ett större ansvar med motiverande samtal jämfört med tidigare, och att det är bra när patienten känner det ansvaret. Distriktssköterskorna ansåg att de nu fungerar mer som en coach. ”Och det är en väldigt viktig del i det här att man som patient nu då, om vi kallar det så, får tänka efter själv och faktiskt svara på de här frågorna så den som intervjuar och utforskar är ju egentligen samtidigt en coach i det här då att få, luska ut hur mycket... Hur det egentligen ligger till.” (I 1)

Distriktssköterskorna beskrev att motiverande samtal är ett klientcentrerat arbetssätt.

Patienten har ett större ansvar inför sig själv jämfört med tidigare arbetssätt.

Distriktssköterskorna menade att det var mycket viktigt att patienten själv var motiverad och kände att ansvaret låg på honom/henne. För att patienterna skulle komma vidare i att till exempel följa en ordination, så var det patienterna ansvaret låg på. Distriktssköterskorna upplevde att patienterna hade blivit mer införstådda med att ansvaret att genomföra en förändring låg hos patienterna och inte enbart på sjukvården i och med det nya arbetssättet.

*”om man säger att man ska göra besök eller man ska göra... på hälsocentral eller om man ska följa upp vissa saker, så måste ju patienten liksom vilja själv. Det är inte jag som ska... ja, enbart jag som ska se till att patienten ska följa order eller ordinationer och sånt där utan det måste ju även vara att patienten själv vill. För vill inte patienten då kommer det inte att fungera. Förut har man ju ofta tagit på sig ansvaret och tyckt att... det ungefär... att det här misslyckades så var det på grund av mig. Men så tycker inte jag att det är nå mer heller. Utan patienten har ju ett större ansvar, och har ett val.” (I 3)*

Distriktssköterskorna menade att de numera inte kände samma misslyckande om patienten inte följde ordinationer eller inte klarade av att sluta röka utan att det ansvaret låg på patienten. *”Det är som man är uppfostrad så är man sjuksköterska så ska man fixa allt, så är det. Och det gör man kanske inte med den här typen av samtal, utan man får personen till att tänka till och göra förändringen själv. Vi kan inte ändra på andra människors beteende utan det lär dom göra själva. Och som man jobbade förr, så ändra man ingen beteende, eller man kanske gjorde på sikt men nu kanske det går lättare och man kan stötta på ett annat sätt. Med rätt sorts frågor. Jag tror det jag. Man behöver inte vara så himla duktig...” (I 4)*

Distriktssköterskorna påtalade att de har fått lära sig hur de betonar så att det inte blir kränkande för patienten och de måste alltid ha i åtanke att de inte kan ändra patientens liv, utan det är upp till patienten själv att göra det. Samtidigt ansåg distriktssköterskorna att de måste stötta och leda in patienten på rätt sätt.

Distriktssköterskorna upplevde att de är mer medvetna nu, tänker till mer, det krävs mycket av dem och de måste vara närvarande i samtalet, de kan inte sitta och tänka på något annat utan de måste vara totalt fokuserade. Vidare följer de patienten och ger kunskap på vägen. De kände även att de ibland inte behövde göra så mycket utan bara väcka en tanke hos patienterna.



Distriktssköterskorna ansåg att motiverande samtal är en bra pedagogik och att yngre personer lättare tar till sig den pedagogiken och att den är lättare att ta till sig än ”pekpinnepedagogiken”. Distriktssköterskorna ansåg att de numer är på samma nivå som patienterna jämfört med tidigare då de upplevde att patienterna såg upp till dem på ett annat sätt. Ödmjukheten har ökat i och med motiverande samtal ansåg distriktssköterskorna och de låter patienterna prata mer nu och vara mer delaktiga. Distriktssköterskorna upplevde att patienterna känns mer ärliga med motiverande samtal. När distriktssköterskorna ställer öppna frågor måste patienten berätta mer själv och då får de svarare att undanhålla information som är av vikt för distriktssköterskan.

När det gäller att ge information ansåg distriktssköterskorna att de har ändrat sin taktik. Nu tar de reda på vad patienterna redan vet och frågar om de får berätta vad de vet till patienterna, förr bara gav de informationen utan att fråga. Det sparade dyrbar tid ansåg distriktssköterskorna. Vidare ansåg distriktssköterskorna att de även sparade tid på de patienter som var väldigt bestämda på att de inte vill ha någon hjälp. Då kunde distriktssköterskorna lämna det och basera det på att patienten har sitt ansvar för sitt liv och sin hälsa. Distriktssköterskorna upplevde att det har blivit lättare att hantera ”svåra patienter”, medan de menade att inte alla patienter är mottagliga för motiverande samtal. Distriktssköterskorna upplevde inte att patienterna märkt någon skillnad på att arbetssättet har ändrats.

Det fanns dock inte bara vinster med att ändra arbetssätt. Distriktssköterskorna ansåg att det är en bra metod men den är svår att lära sig. Metoden kräver mycket träning och distriktssköterskorna behöver jobba in metoden och detta upplever de som svårt då det ofta är kort om tid, indragningar på personal samt att inte alla på arbetsplatsen har gått motiverande samtalsutbildning. Distriktssköterskorna upplevde att övning är viktigt och önskade att det skulle vara fler uppföljningar.

Distriktssköterskorna beskrev att de hade arbetat i många år och var inarbetade med ett arbetssätt och ansåg att det var svårt att ändra på sig. De ansåg att det var lätt att halka tillbaka i det gamla arbetssättet och ta över samtalet och prata på utan att ta med patienten. Det hände ofta när de var stressade. ”...men det är ju inte lätt. Att lära gamla uvar sitta” (I 4)

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Resultatet visade hur distriktssköterskorna upplevde att arbeta med motiverande samtal som arbetsverktyg. Tre huvudkategorier framkom, *Användningsområde*, *Arbetsverktyg* samt *Förändrat arbetssätt* och dessa bildade temat ”Att förändra fokus i mötet och aktivera patienten”. Distriktssköterskorna beskrev att de använde motiverande samtal mest vid mottagningsbesök. Vidare beskrev distriktssköterskorna att det fungerade bra att använda motiverande samtal inom BVC och skolhälsovården, men att det var svårt att använda motiverande samtal med palliativa patienter. Distriktssköterskorna beskrev att det var viktigt att ställa öppna frågor för att ”öppna upp patienterna” och få dem att berätta, att be patienterna om lov innan de gav information och identifiera vart i förändringsprocessen som patienten befann sig. Vidare beskrev distriktssköterskorna att en stor del av arbetet gick ut på att få patienterna att förstå att ansvaret för att patienterna skulle kunna genomgå en förändring låg på patienterna själva. Just att ansvaret låg mer på patienterna i och med motiverande samtal upplevde distriktssköterskorna som den största förändringen i det nya sättet att arbeta jämfört med tidigare. Distriktssköterskorna ansåg att motiverande samtal var ett bra arbetsverktyg men att det var svårt att lära sig och krävde mycket övning.

### **Resultatdiskussion**

Distriktssköterskorna upplevde att de oftast använde motiverande samtal i mottagningsarbetet, även när det handlade om korta mottagningsbesök och möten. I en metaanalys av Rubak (31) och i en studie av Thijs (32) beskrivs det att motiverande samtal är en effektiv metod att använda inom olika områden på korta besök och inom primärvården (31, 32). Enligt Forsberg (33) går det att använda motiverande samtal vid korta tillämpningar, men det är svårt att få alla komponenter i motiverande samtal att komma till uttryck vid kort tillämpningar. Vid dessa korta mottagningsbesök krävs en större skicklighet då tidsutrymmet har krympt (33).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie menade att motiverande samtal även fungerar att använda tillsammans med ungdomar för att ”öppna upp dem” vilket också har framkommit i andra studier. I en studie från USA av D’Amico et. al (34) jämfördes två grupper av unga missbrukare där den ena gruppen fick traditionell vård och den andra gruppen som fick hjälp i form av motiverande samtal. Vid uppföljningen framkom det att de som fick behandling med motiverande samtal hade sänkt sin konsumtion av droger mer jämfört med de som fick

traditionell vård (34). I England gjordes en undersökning bland ungdomar i åldrarna 14 – 17 år med typ 1 diabetes av Channon et al. (35). Två grupper jämfördes, en med traditionella stödsamtal och en med motiverande samtal. Även där visade resultatet att de som fått motiverande samtal hade sänkt sitt HbA1c mer än de som fått traditionella stödsamtal. Detta stödjer att motiverande samtal för att ändra livsstil fungerar bra även med ungdomar (35).

I föreliggande studie ansåg distriktssköterskorna att ett respektfullt bemötande var en viktig del av motiverande samtal. Distriktssköterskorna visade detta till patienterna genom att vara empatiska. I en studie av Pollak et al. (19) framkom det att överviktiga patienter var mer benägna att genomgå en livsstilsförändring då sjukvårdspersonalen var mer empatiska och diskuterade deras vikt jämfört med de patienter som inte hade dessa diskussioner (19). Författaren anser att detta kan användas i distriktssköterskans alla områden även vid korta tillämpningar.

Vidare beskrev distriktssköterskorna i föreliggande studie att de ansåg att motiverande samtal kunde spara pengar och andra resurser i och med att patienterna tog mer ansvar för sin hälsa till exempel i form av egenvård. Levensky et al (2) beskriver i en artikel att studier visat att många patienter inte följer sina ordinationer för vare sig akuta eller kroniska åkommor eller för att förebygga ohälsa. Resultatet blir då att effektiviteten av behandlingar reduceras, det uppstår en ökad grad av ohälsa i befolkningen och det blir högre ekonomiska och sociala kostnader. Att motivera patienter till beteendeförändringar är en viktig del för sjuksköterskor och mycket lovande arbete har gjorts för att utveckla och utvärdera metoder för att motverka svagheter i att följa ordinationer (2). Även Anderson (36) visade i en studie att det går att sänka sjukvårdskostnaderna med motiverande samtal. Anderson menade att i och med att dialogen förbättras så stärks patienterna till att ta mera ansvar i sin behandling och därmed förbättras kontinuiteten i behandlingen och det i sin tur kan sänka kostnaderna för vård och behandling (36). Holder et. al (37) påvisade detta i en studie från MATCH projektet att vid behandling av alkoholberoende är kostnaden lägst med motiverande samtal och efter motiverande samtal kom kognitiv beteendeterapi (37).

Samtliga distriktssköterskor i föreliggande studie menade att motiverande samtal är en bra metod men att metoden är svår att lära sig, att det är svårt att lära om och att det tar tid innan det kommer naturligt. Distriktssköterskorna önskade fler uppföljningstillfällen i metoden samt att de skulle få mer tid till att öva med varandra. Forsberg (33) menar att forskning visat att

det går att lära sig mycket om motiverande samtal på två till tre dagars seminarier men att man inte lär sig tillräckligt, samt att det ser ut som att kunskaperna försvinner efter några månader utan systematisk övning. Idag finns det stöd för att seminarier bör kompletteras med handledning grundad på egna patientsamtal (33). Lane et al. (38) menar att övning och uppföljning är viktigt inom motiverande samtal för att upprätthålla sin förmåga att kommunicera inom området. Vad som inte var känt var att *hur var det bästa sättet att öva på motiverande samtal?* Lane et al. undersökte om det var bäst att öva motiverande samtal i form av rollspel med en simulerad patient eller om det var bäst med en annan kursdeltagare under en två dagars kurs i motiverande samtal. Resultatet visade att kursdeltagarna uppvisade likvärdiga kunskaper oavsett om de hade övat tillsammans med en simulerad patient eller om de hade övat tillsammans med en annan kursdeltagare (38).

Slutsatsen av föreliggande studie är att motiverande samtal kan användas inom många områden i distriktssköterskornas arbete. Metoden är dock svår att lära in och det är svårt att lära om från sitt gamla arbetssätt men distriktssköterskorna anser att det är värt det hårda jobbet då de anser att motiverande samtal gör deras arbetsbörda lättare.

### **Metoddiskussion**

För att besvara studiens syfte och frågeställning valdes en kvalitativ ansats med beskrivande design. Detta för att få en djupare förståelse för distriktssköterskornas upplevelser. Urvalet av distriktssköterskor till studien skedde genom ett bekvämlighetsurval. Fördelarna med bekvämlighetsurval vid en kvalitativ studie är att det är enkelt och effektivt, medan nackdelarna är att de personer som sitter inne med stor information på området kan falla bort (29).

Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (30) valdes för bearbetning av materialet. Graneheim och Lundman anser att trovärdigheten bör granskas utifrån *giltighet "credibility"*, *pålitlighet "dependability"* samt *överförbarhet "transferability"*. Med *giltighet* menas att det finns fokus på studien och hur bra data är kopplat till studiens syfte. Att välja deltagare med varierande bakgrund ökar möjligheten att framhäva frågeställningen ur varierande vinklar. Även att välja den mest lämpade metoden för datainsamling och mängden av data är också viktigt för att öka trovärdigheten. För att öka trovärdigheten ytterligare krävs det att kategorier och teman täcker informationen så att ingen relevant data har tagits bort eller att irrelevant data har kommit med. Även hur likheter och skillnader bedöms mellan kategorierna är en

fråga om giltighet. Ett sätt att göra det på, är att ta med citat från den nedskrivna texten som förstärker informationen vilket har gjorts i föreliggande studie. Graneheim och Lundman menar även att giltigheten ökar genom att söka överenskommelser hos forskarkollegor, experter och deltagare. Forskargruppen (AÖ) och (EH) samt handledare (ME) har varit med i processen från början, deltagit som medbedömare på delar av materialet och har gett sina åsikter på ändringar. Handledaren ME har aktivt medverkat som medbedömare i denna studie och har läst två hela intervjuer samt kondenserat material. Under arbetet med subkategorier och kategorier har diskussioner förts mellan författaren, handledaren samt deltagarna i forskargruppen tills att överenskommelse har framkommit.

Med *pålitlighet* menar Graneheim och Lundman (30) att tillvägagångssätt i datainsamling och analys kan förändras över tid. På ett sätt är det viktigt att samma frågor ställs till samtliga deltagare, men på ett annat är intervjuer en utvecklande process där varje respondent ger nya insikter till fenomenet av studien som kan ge nya frågor att ställa. Detta har skett i föreliggande studie, nya frågor har uppkommit från olika intervjuer och har sedan använts i efterkommande intervjuer.

*Överförbarhet* refererar till i vilken omfattning resultatet kan föras över till andra områden. För att underlätta överförbarheten är det viktigt att tydligt beskriva sammanhanget, val av deltagarna, datainsamling och analysprocess vilket har gjorts i föreliggande studie. Författaren kan ge förslag på överförbarhet, men det är läsarens beslut om resultatet är överförbart eller inte. En klar och tydlig presentation av resultatet tillsammans med lämpliga citat, ökar också trovärdigheten (30).

### **Allmän diskussion**

Resultatet i den här studien visar att deltagarna, distriktssköterskorna, anser att motiverande samtal är en bra metod men att den är svår att lära in samt att det tar tid innan det kommer naturligt. Författaren till studien anser att mer resurser borde läggas ner på att distriktssköterskorna får möjlighet att öva mer tillsammans eller på en uppföljning utanför den egna arbetsplatsen då det i studien märktes stor skillnad i hur olika distriktssköterskorna tänkte med att ansvaret låg mer på patienten än tidigare relaterat till hur länge sedan de gick sin utbildning och hur mycket de har haft möjlighet att öva utanför själva patientarbetet. Med tanke på att ansvaret ligger mer på patienten i och med motiverande samtal och att

distriktssköterskorna har så skilda uppfattningar om vad det innebär bör observationsstudier göras för att undersöka tekniken i motiverande samtal.

Utifrån föreliggande studie bör flera studier göras med inriktning på hur distriktssköterskor och annan sjukvårdspersonal upplever att arbeta med motiverande samtal och hur det fungerar att implementera motiverande samtal i det dagliga arbetet. Även studier beträffande hur patienter upplever motiverande samtal som en behandlingsmetod är också viktiga att de genomförs.

## Referenser

1. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal – Hur man hjälper människor att bli ”villiga, kunniga och redo” att genomföra förändringar som förbättrar kvaliteten i deras liv. Norrköping: Kriminalvården; 2003.
2. Levensky ER, Forchimes A, O’Donahue WT, Beitz K. Motivational interviewing - An evidence – based approach to counselling helps patients follow treatment recommendations. *Am J Nurs* 2007; 107: 50 -59.
3. Barth T, Näsholm C. Motiverande samtal – MI. Lund: Studentlitteratur; 2006.
4. Moyers TB, Miller WR, Hendricksson SML. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 590 – 598.
5. Beckham N. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *J Am Acad Nurse Pract* 2007; 19: 103 – 110.
6. Farinotte I. Viljan att förändra. *Informaco* 2007; 2: 9 – 11.
7. Woxberg AK. PM: En kort rådgivning baserad på motiverande samtal som en del av ett evidensbaserat system för att positivt påverka levnadsvanor. Gävle: Landstinget Gävleborg; 2006.
8. Ni Mhurchu C, Margetts BM, Speller VM. Applying the stages – of – change model to dietary change. *Nutr Rev* 1997; 55: 10 -16.
9. Bundy C. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *J R Soc Med* 2004; 44: 43 – 47.
10. Marshall SJ, Biddle SJH, The transtheoretical model of behaviour change: A meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Ann Behav Med* 2001; 23: 229 – 246.
11. Logue EE, Jarjoura DG, Sutton KS, Smucker WD, Baughman KR, Caspers CF. Longitudinal relationships between elapsed time in the action stages of change and weight loss. *Obes Res* 2004; 12: 1499 – 1508.
12. Johnson SS, Paiva AL, Cummins CO, Johnson JL, Dymment SJ, Wright JA, et al. Transtheoretical model – based multiple behaviour intervention for weight management: Effectiveness on population basis. *Prev Med* 2008; 46: 238 – 246.
13. Bjärås G, Kanström L. *Folkhälsokunskap*. Borås: Centraltryckeriet; 2000.

14. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri; 2005.
15. Nordström A, Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 250 – 255.
16. Shinitzky HE, Kub J. The art of motivational behaviour change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs* 2001; 18: 178 – 185.
17. Wee CC, Davis RB, Phillips RS. Stage of readiness to control weight and adopt weight control behaviours in primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 410 – 415.
18. Tod AM, Lacey A. Overweight and obesity: helping clients to take action. *Br J Community Nurs* 2004; 9: 59 – 66.
19. Pollak KI, Östbye T, Alexander SC, Gradison M, Bastian LA, Namenek Brouwer RJ, et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *J Fam Pract* 2007; 56: 1031 – 1036.
20. Smith West D, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 1081 – 1087.
21. Webber KH, Tate DF, Quintiliani LM. Motivational interviewing in internet groups: a pilot study for weightloss. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 1029 – 32.
22. Soria R, Legido A, Escolano C, López Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 768 – 774.
23. Tappin DM, Lumsden MA, Gilmour WH, Crawford F, McIntyre D, Stone DH, et al. Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers to quit or cut down. *BMJ* 2005; 331: 373 – 377.
24. Bennett JA, Perrin NA, Hanson G, Bennett D, Gaynor W, Flaherty – Robb M, et al. Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for behaviour change in older adults. *Res Nurs Health* 2005; 28: 187 – 197.
25. Persson LG, Hjalmarsson A. Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 75 – 80.
26. Masterson A. Community matrons: promoting self management (part four). *Nurs Older People* 2007; 19: 29 – 32.
27. Moyers TB, Martin T, Christopher PJ, Houck JM, Tonigan JS, Amrhein PC. Client language as a mediator of motivational interview efficacy: Where is the evidence? *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 40 – 47.



28. Forsberg L, Källmén H, Hermansson U, Berman AH, Helgason ÁR. Coding counsellor behavior in motivational interviewing sessions: Inter – rater reliability for the Swedish motivational interviewing treatment integrity code (MITI). *Cogn Behav Ther* 2007; 36: 162 – 169.
29. Polit D, Beck C. *Nursing research generating and assesing evidence for nursing practice.* 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincot & Wilkins; 2007.
30. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112.
31. Thijs GA. GP’s consult & health behaviour change project developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. *Patient Educ Couns* 2007; 67: 267 – 271.
32. Rubak S. Motivational interviewing: a systematic review and meta – analysis. *Br J Pract* 2005; 55: 305 – 312.
33. Forsberg L. Motiverande samtal – bättre än råd. *Läkartidningen* 2006; 42: 3178 – 3180.
34. D’Amico EJ, Miles JNV, Stern SA, Meredith LS. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *J Subst Abuse Treat* 2007; 18: 1 - 9.
35. Channon SJ, Huws – Thomas MV, Rollnick S, Hood K, Cannings – John RL, Rogers C, et al. A multicenter randomize controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 1390 – 1395.
36. Anderson B. Collaborative care an motivational interviewing: Improving depression outcomes through patient empowerment interventions. *Am J Manag Care* 2007; 13: 103 – 106.
37. Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Treno AJ, Zweben A. Alcoholism treatment and medical care costs from project MATCH. *Addiction* 2000; 95: 999 – 1013.
38. Lane C, Hodd K, Rollnick S. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Med Educ* 2008; 42: 637 – 644.