



AKADEMIN FÖR UTBILDNING OCH EKONOMI
Avdelningen för utbildningsvetenskap

En kvalitativ studie om utövares erfarenheter av Motiverande samtal på HVB

Sofia Fant

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Pedagogik
Hälsopedagogiska programmet
Pedagogik 61-90 hp

Handledare: Johan Liljestrand
Examinator: Peter Gill

Fant, S. (2015). *Utövares erfarenheter av Motiverande samtal på HVB*. Examensarbete, Pedagogik 61-90, Högskolan i Gävle, Akademin för utbildning och ekonomi.

Abstract

Motiverande samtal är en pedagogisk metod som frekvent förekommer på Sveriges HVB. Det finns tidigare forskning som pekar på att metoden fungerar bra vid de flesta beteendeförändringar. Utövare har erfarenheter av att metoden fungerar bra i många sammanhang men också att metoden ibland kan ha brister. Denna studie syftar till att undersöka utövares upplevelser och erfarenheter av motiverande samtal (MI). Studien undersöker på vilket sätt MI kan vara ett stöd för patienten och vilka svårigheter det finns med metoden. Studien är avgränsad till att undersöka fyra utövare av motiverande samtal, som arbetar på hem för vård eller boende (HVB). Resultatet visade att MI kan vara ett stöd för patienter i många fall. MI har varit ett stöd för patienter till att ta steg mot ett bestämt mål, ta kontroll över sina tankar och stöd till att se positivt på framtiden. Det finns även brister och svårigheter med metoden. Denna undersökning har visat att MI inte är tillämpligt på alla patienter. MI kan vara en svår metod att lära sig och det finns en del brister i utbildningen.

Nyckelord: Motiverande samtal, HVB, erfarenheter, upplevelser, stöd, svårigheter

Fant, S. (2015). *Practitioner experiences of Motivational interviewing on HVB*. Thesis, Pedagogy 61-90, University of Gävle, Institution of Education and Economy.

Abstract

Motivational interviewing is an educational method that frequently occurs in Swedish HVB. There is prior research indicating that the method works well for most behavioral changes. The practitioners experience in the method shows that it works well in many situations but also that the method can sometimes have shortcomings. This study aims to investigate practitioners' experiences of motivational interviewing (MI). The study also examines how MI can be a support for the patient and what problems there are with the method. The study is limited to examining four practitioners of motivational interviewing, working in treatment centers (HVB). The results show that MI can be a support for patients in many cases. MI has been a support for patients to take steps towards a specific goal, to get control of their thoughts and support to ensure a positive future. There are also difficulties with the method. This study has shown that MI is not applicable to all patients. MI is a difficult method to learn and there are some deficiencies in the education.

Keywords: Motivational interviewing, HVB, experiences, difficulty

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Motiverande samtal	1
2.1.1 Grundläggande synsätt vid MI	2
2.1.2 Steg vid MI	2
2.2 Motiverande samtal på HVB	4
2.3 Teoretisk bakgrund	5
2.3.1 Effekter av MI	5
2.3.2 Utövares erfarenheter av MI.....	6
3. Syfte.....	6
3.1 Frågeställningar	6
4. Metod.....	7
4.1 Datainsamlingsmetod	7
4.2 Urval	7
4.3 Tillvägagångssätt	8
4.4 Etiska överväganden.....	9
5. Resultat	11
5.1 Stöd.....	11
5.1.1 Stöd till att ta steg mot ett bestämt mål	11
5.1.2 Stöd till att lösa sina egna problem.....	12
5.1.3 Stöd att se positivt	13
5.2 Utmaningar samt brister i utbildningen, erfarenheter och	14
metoden	14
5.2.1 Situationer där MI är svårtillämpbart	14
5.2.2 Brister i utbildningen och i erfarenheter.....	16
6. Diskussion	18
6.1 Metoddiskussion.....	19
6.2 Förslag till fortsatt forskning	20
7. Referenser.....	21
Bilaga 1	
Bilaga 2.....	

1. Inledning

Motivation är en grundförutsättning för att genomföra en beteendeförändring eller livsstilsförändring (Hallberg, 2010). Det fungerar inte att överföra motivation till en annan människa, men det går att hjälpa en människa att hitta sin egen motivation (Miller & Rollnick, 2013). Motiverande samtal (MI) är ett pedagogiskt verktyg som bland annat används av professionella personer i ändamål att locka fram patienters egna motivation (ibid). Forskning visar att metoden har varit ett stöd för beteendeförändring i många fall (Vasilaki, Hosier & Miles Cox, 2006; Carroll et al., 2006; Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen, 2005). På många av de 400 hem för vård eller boende (HVB), som finns i Sverige, använder sig personalen av MI. Trots att användning av MI på HVB är vanligt förekommande, existerar väldigt lite forskning om hur utövare som arbetar på HVB upplever MI som metod. Detta är fördelaktigt att ha kunskap om eftersom metoden bör passa utövarna om de ska fortsätta använda den. Om kunskap finns om vad utövare tycker om metoden finns möjlighet att utveckla metoden så den passar till ändamålet.

2. Bakgrund

I detta kapitel presenteras *Motiverande samtal* samt *Motiverande samtal på HVB*.

2.1 Motiverande samtal

Psykologen William Miller gav i början av 1980-talet upphov till begreppet motiverande samtal (MI) och utvecklade metoden tillsammans med Stephen Rollnick (Holm Ivarsson, 2009). Miller ansåg att de rådande behandlingsmetoderna för alkoholproblem inte var kompletta, eftersom de utgick från att tala om för någon hur de ska eller bör göra (Miller & Rollnick, 2013). Han ville att behandlingsmetoderna inom alkoholproblematik skulle gå ut på att utövarna skulle vägleda patienten till att själva vilja genomgå en förändring, därigenom skapades MI (ibid.). Metoden utvecklades därefter för att behandla flera typer av livsstilsproblem. Till exempel övervikt, ohälsosamma kostvanor, fysisk inaktivitet och konsumtion av tobak (Holm Ivarsson, 2009).

MI är en pedagogisk metod. Pedagogik handlar delvis om de förändrings- och påverkansprocesser som sker på individnivå (Nilsson, 2004). MI går ut på att utövaren påverkar patienten genom att vägleda hen att vilja genomgå en beteendeförändring. Under

ett motiverande samtal så sker ett lärande. Utövaren stödjer patienten till lärande genom att under samtalet ge råd och hjälper patienten att förstå vad hen själv vill. Detta avsiktliga stöd till lärande menar Svensson (2009) är pedagogik. MI är även ett pedagogiskt verktyg för utövarna då det kan liknas vid en forma av undervisningsmetodik (maieutik) som också är ett pedagogiskt verktyg för lärare. Svensson (2009) menar att metodiken går ut på att eleverna själva ska komma fram till svaret, vilket MI också går ut på att patienterna ska göra.

2.1.1 Grundläggande synsätt vid MI

Det grundläggande synsättet inom MI handlar om att utövaren av MI ska locka fram patients egna motivation och resurser till att genomföra en förändring, med fokus på patientens autonomi (Miller & Rollnick, 2013). Patienten ska alltså själv få välja vilken väg hen vill gå i en medkännande och accepterande atmosfär. Utövarens uppgift är att tillsammans med patienten försöka lösa ambivalensen, de argumenten patienten har för och emot att en förändring ska ske. På ena sidan av ambivalensen finns patientens argument för att saker ska fortsätta som de är, vilket kallas status quo-prat. På den andra sidan av ambivalensen finns de argument som patienten har för en förändring, förändringspratet. Det är förändringsprat som utövaren vill locka fram för att patienten ska kunna röra sig mot en förändring. Under samtalen har inte utövaren som uppgift att styra samtalet eller att bara följa vad än klienten väljer att prata om. Utan utövarens roll i MI är att vägleda klienten, vilket är ett mellanting av en styrande- och följande stil. Detta med ett fokus på det gemensamma målet, att genomgå en beteendeförändring (ibid.).

2.1.2 Steg vid MI

I praktiken utgörs MI av olika pedagogiska steg, vilka är att engagera, fokusera, framkalla och planera (Miller & Rollnick, 2013). De fyra stegen överlappar varandra i kronologisk ordning under ett samtal. Engagemang är en förutsättning för att kunna gå över till det fokuserande steget och sedan vidare till de två andra stegen (ibid.).

Engagera

Det engagerande steget sker i början av ett samtal och handlar om att skapa en relation och ett samarbete (Miller & Rollnick, 2013). Patienten ska känna sig bekväm och aktiv i samtalet, vilket utgör själva basen för ett fortsatt samarbete. Utövaren ska försöka förstå sig på patientens problem, referensram, mål och värderingar. Detta med utgångspunkt att

patienten som bäst förstår sig själv.. Samtalet utgår från att det som behövs för att lösa ett problem redan finns och inte att det saknas och måste ersättas. Under samtalet lyssnar utövaren mestadels och hjälper patienten framåt, genom att ställa öppna frågor samt summerar och reflekterar över vad patienten sagt. Det gäller även att utövaren bekräftar och uppmuntrar patientens styrkor för att denne ska fortsätta berätta (ibid.).

Fokusera

Detta steg handlar om att hitta mål att sträva mot och lägga fokus på de viktigaste problemen (Miller & Rollnick, 2013). Utövaren ska inte försöka påverka patienten mål utan bara ta fasta på dem. Det gäller att båda parterna är överens om vilket ämne som ska prioriteras och behandla vidare. Det är möjligt att prata om vad än patienten väljer att ta upp, men siktet bör ändå vara inställt på de mål de tillsammans strävar mot. Om de primära problemen inte är självklara kan de identifieras genom kartläggningar och att prata igenom de rådande svårigheterna. Detta bör göras på ett sätt som främjar engagemang så det inte liknar en utfrågning (ibid.).

Även om utövaren kallas för rådgivare i litteratur om MI så är denne långt ifrån någon som endast ger råd (Miller & Rollnick, 2013). Det är viktigt att utövaren tar reda på vad patienten redan har för information. För det hjälper ingen att höra något som patienten redan vet. När utövaren vet detta så är det viktigt att hem frågar om lov för att ge råd. Informationen bör delas ut på ett sätt som respekterar patientens autonomi och bör ske i små doser. MI-utövare bör ha kunskap om det område som patienterna kommer dit för att få hjälp med, för ibland behöver råd delas ut (ibid.).

Framkalla

Framkalla är det steg som skiljer MI mot andra metoder (Miller & Rollnick, 2013). Den går ut på att hjälpa människor att röra sig framåt mot en förändring och framkalla patientens motivation till förändring. Utövaren ska kunna urskilja förändringsprat och få patienten att utveckla det genom att bekräfta, reflektera och be patienten utveckla förändringspratet. En duktig utövare kan vara med och påverka balansen mellan patientens förändringsprat och argument till att inte förändra situationen. Det går alltså inte ut på att utövaren ska säga till patienten vad som behöver förändras utan utövarens roll är att stötta patienten till att själv komma fram till vad som behövs och om det behövs (ibid.).

Planera

För att ta steget från den framkallande- till det planerande steget krävs det att patienten vill förändra sig (Miller & Rollnick, 2013). Om utövaren märker att patienten inte är redo för en förändring måste de flytta tillbaka fokus till den framkallande eller engagerande fasen. Som i tidigare steg är det patienten själv som bestämmer vad och hur förändringen ska ske. I princip sitter utövaren bara med när patienten gör en plan till en förändring. Utövaren hjälper patienten i detta steg att utforska de eventuella hindren som kan förekomma under förändringens gång och att hitta lösningar på dem om de uppkommer. När patienten har börjat implementera sin plan så är det vanligt att de sköter det själva eller endast med lite hjälp av utövaren (ibid.).

2.2 Motiverande samtal på HVB

Hem för vård eller boende (HVB) som det också kallas, är benämningen för en institution för barn eller vuxna med sociala eller psykiska problem (NE, 2015). Det finns många typer av HVB. Till exempel hem för ensamkommande flyktingbarn (Socialstyrelsen, 2012), för barn och ungdomar med beteendeproblem eller problem i hemmet (Socialstyrelsen 2009), för vuxna missbrukare och för personer med psykiska funktionshinder (Socialstyrelsen, 1997).

De yrkesgrupper som arbetar på HVB är sjuksköterskor, läkare, psykologer, terapeuter, pedagoger, behandlingsassistenter och personer med liknande utbildningar.

Socialstyrelsen (2014b) har genomfört en granskning över HVB i Sverige och kommit fram till att utbildning krävs för att kunna hjälpa patienterna på boendet. Det finns även en lag som säger att personalen på ett boende bör ha den erfarenhet, utbildning och personlig lämplighet som krävs för att utföra arbetet (SOSFS 2003:20). De behandlingsmetoder som de använder sig av är en rad evidensbaserade metoder, som bland annat kognitiv beteende terapi (KBT), 12-stepsprogram och MI för att kunna hjälpa personerna med sina beteendeproblem (ibid.).

De flesta HVB har hemsidor med information och kontaktuppgifter. Där kan vem som helst, som har en dator, ta del av informationen. Där står det vilka behandlingsmetoder som personalen använder sig av och på de flesta hemsidorna står det att de använder sig av MI.

Enligt socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2014a) bör personer på HVB erbjudas MI vid missbruk av cannabis. Likaså bör personer med dubbeldiagnoser (fler än en diagnos) eller unga personer som missbrukar droger eller alkohol erbjudas MI. I dessa sammanhang har MI visat sig vara effektivt (ibid.). Metoden går även bra att kombinera med andra behandlingsmetoder, till exempel kognitiv beteendeterapi (Miller & Rollnick, 2014).

2.3 Teoretisk bakgrund

Under denna rubrik kommer forskning om MI att presenteras. Först presenteras effekter av MI och sedan utövares erfarenheter av MI.

2.3.1 Effekter av MI

Det finns många studier genomförda på metoden MI (Miller & Rollnick, 2013). Några har visat att det fungerar bra, andra inte (ibid.). Det har till exempel visat sig fungera bra i syfte att vänja sig av med alkohol (Vasilaki, Hosier & Miles Cox, 2006) och droger (Carroll et al., 2006). Vid rökavvänjning har metoden fungerat mindre bra (Burke et al., 2003). Det är dock bevisat att metoden fungerar lika bra på psykiska som fysiska sjukdomar (Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen, 2005). Yngre människor har visat sig få mindre effekt av MI jämfört med personer i vuxen ålder (Lundahl, B. W., Tollefson, D., Kunz, C., Brownell, C., & Burke, B., 2010). Det saknas bevis för om MI fungerar i syfte att förbättra motions- och matvanor (Lundahl et al., 2013). Om patienten inte är beredd för en förändring fungerar metoden sämre på de patienterna (Miller och Rollnick, 2014). MI har inte visat sig ha någon positiv inverkan på patienter med låg självkänsla, ångest eller depression (Wongpakaran et al. 2011). MI ger ofta ett positivt utfall för personer med mentala tillstånd, detta kan enligt författarna bero på medicinering och hade troligen gett ett annat utfall utan mediciner (ibid.) Utfallet av MI beror delvis på vem som utför samtalen. Psykologer och läkare har betydligt större effekter på utfallet än personer som arbetar som till exempel sjuksköterskor, barnmorskor eller dietister (Rubak et al., 2005). Personer som inte är specialister på missbruk men som arbetar med att genomföra MI med missbrukare har i flera studier visat goda effekter (Dunn, Deroo & Rivara, 2001). Således finns många studier genomförda på olika yrkesgrupper och vilka effekter deras patienter erhåller av MI. Desto mindre forskning existerar om vilka erfarenheter olika yrkesgrupper har av MI. Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som det finns mer forskning om än andra yrkesgrupper vad gäller erfarenheter.

2.3.2 Utövares erfarenheter av MI

Sjuksköterskor inom olika sektorer anser att metoden MI är väl applicerbar i olika verksamheter (Jansink, Braspenning, Van Der Weijden, Elwyn & Grol, 2010). De har även erfarenheter av att relationen och samarbetet mellan dem och patienterna förbättras vid MI (ibid.). Sjuksköterskor använder inte alltid ett helt MI-samtal utan väljer ibland ut användbara delar under samtalet (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011). MI är en förhållandevis svår metod att lära sig och det krävs år av övning för att bli en skicklig utövare (Miller & Rollnick, 2013). Utbildningar i MI pågår under 3-4 dagar (Socialstyrelsen, 2014a). Sjuksköterskor berättar att de har bristande färdigheter för att kunna utföra MI på ett effektivt sätt (Jansink, Braspenning, Van Der Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Professionella inom olika yrkesgrupper anser sig behöva mer träning och övning för att kunna bemästra den svåra metoden (van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef, 2011). Sjuksköterskor har även rapporterat att de inte har tillräckligt med tid under sina patientbesök för att kunna genomföra ett MI samtal på ett bra sätt (Jansink et al., 2010).

Sammanfattningsvis pekar forskning på att metoden är väl applicerbar i olika verksamheter och att det finns många styrkor med metoden. Men det krävs mycket träning för att bemästra metoden och den kan vara svår att lära in.

3. Syfte

Att undersöka hur personer som arbetar på HVB upplever och vilka erfarenheter de har av motiverande samtal.

3.1 Frågeställningar

- På vilket sätt har MI varit ett stöd för patienten enligt utövaren?
- Vilka utmaningar och brister upplever utövare som använder MI som metod?

4. Metod

I detta kapitel kommer studiens datainsamlingsmetod, urval, tillvägagångssätt, etiska aspekter samt metoddiskussion att presenteras.

4.1 Datainsamlingsmetod

En kvalitativ metod innebär att forskningen är baserad på ord och handlar om djup i materialet och inte bredd (Bryman, 2011). Eftersom upplevelser och erfarenheter av MI är en så komplex forskningsfråga så är den mest relevanta utgångspunkten i denna studie är att använda en kvalitativ metod. En intervju är fördelaktig för att diskutera människors tolkningar av en situation ur deras synvinkel (Cohen, Manion & Morrison, 2011). Därför valdes intervjuer som metod. Intervjuer är fördelaktigt då det finns möjlighet att ställa följdfrågor och få en djupare inblick i personers upplevelser. Intervjuerna var semistrukturerade, vilket enligt Bryman (2011) innebär att intervjuguiden består av ett fåtal öppna frågor där informanten får stor frihet att forma svaren.

4.2 Urval

I studien deltog personer som uppfyllde följande kriterier:

- att personen i sitt yrke använder sig av MI
- har någon form av utbildning i MI
- arbetar på HVB.

Det finns en hemsida där alla Sveriges HVB finns med. Där finns kontaktuppgifter samt personalens utbildning. Sju av dessa HVB valdes slumpmässigt ut och en person som hade utbildning i MI kontaktades från varje hem. Två av dem svarade inte alls och en tackade nej. Fyra av dem som kontaktades tackade ja. Personer valdes ut efter utbildning och yrke, detta menar Bryman (2011) är ett målstyrt urval. Jag gjorde att aktivt val att intervjua personer som arbetar på olika typer av behandlingshem, för att få variation i svaren. Detta kan liknas vid ett klusterurval eftersom undersökningen först avgränsades till personer som arbetar på HVB och sedan valdes fyra personer ut som arbetade på olika typer av hem. Två av personerna som deltog i studien arbetar med ensamkommande flyktingbarn, en med personer med psykiska funktionshinder och en person arbetar med personer med missbruk. Både män och kvinnor deltog i studien.

4.3 Tillvägagångssätt

Informanterna kontaktades först via mail, vars adresser återfanns på hemsidan för de behandlingshem de arbetar på. Vid första kontakten bifogades missivet (se bilaga 1), så informanterna kunde ta del av vad intervjun skulle innebära för dem och vad studien handlar om. När informanterna godkänt att delta i studien bokades en tid för intervjun efter deras önskemål.

De fyra intervjuerna genomfördes mellan den 9 och 17 april 2015. Intervjuerna varade mellan 15-30 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes via telefon, då flera av informanterna befann sig i en annan del av landet. En fördel med att genomföra intervjuerna via telefon är att det var mindre tidskrävande och kostsamt (Denscombe, 2009). En till positiv sak med telefonintervjuer är att informanterna känner sig mer anonyma (ibid.). Enligt Bryman (2011) blir ofta svaren detsamma vid telefonintervjuer och intervjuer vid fysiska möten. Det som inte syns över telefon är information i form av gester och kroppsspråk som eventuellt kan förstärka det som sägs (ibid.). Jag upplevde att när det blev tyst i telefonluren så började informanterna prata för att fylla tystnaden. Detta kanske de gjorde för att de blev stressade av tystnaden. Detta medför att de inte fick lika mycket betänketid som vid fysiska möten. Jag tror även att telefonintervjuerna gick fortare än de hade gjort vid ett fysiskt möte. Detta eftersom de satt på sina arbetsplatser och säkert såg allt som behövde göras. De är viktigt att tänka på att ha en telefon med bra ljudupptagning så inte information blir oidentifierbar i inspelningen (Bryman, 2011). Under intervjun var ljudupptagningen inget problem då högtalarfunktionen användes på telefonen samtidigt som inspelningsfunktionen var på. Innan intervjutillfällena säkrades kvalitén på inspelningarna genom provinspelningar. Under intervjun satt jag i ett avskilt och tyst rum för att inte andra ljud skulle störa inspelningen. Under intervjuerna så hörde jag inga andra ljud än informanternas röster så jag antar att de också satt i ett lugnt rum där de inte kunde bli störda. Innan jag startade inspelningen frågade jag informanterna om det var okej att jag spelade in och påminde dem om deras anonymitet och rätt att avbryta.

Under intervjutillfällena använde jag mig av en intervjuguide (se bilaga 2), vilket jag utformade med syftet att få svar på mina frågeställningar. Frågorna utformades så informanterna både skulle prata allmänt vad de tycker om MI och mer specifikt om hur de tycker att MI är ett stöd för patienterna och vilka svårigheter de stöter på med MI. Jag

är medveten om att några frågor kan uppfattas som ledande eftersom jag till exempel efterfrågar svårigheter. Dessa frågor är ändå nödvändiga eftersom det är svårt att undersöka svårigheter om de inte efterfrågas under intervjuerna. Den består av 6 huvudfrågor och några följdfrågor. Frågorna var öppna och ställdes inte på samma sätt och i samma ordning under de olika intervjuerna, utan anpassades efter samtalets gång. Vid de tillfällen jag ansåg att utveckling av informanternas svar var nödvändig, så ställdes följdfrågor. Intervjuguiden följdes inte alltid, utan användes mest som ett stöd. Att tänka på under en intervju är att inte ställa ledande frågor och att ha ett språk som är anpassat för individen samt att ställa frågor som får informanten att beskriva sin kontext och miljö (Bryman, 2011), vilket jag försökte eftersträva.

Kvale (2007) beskriver att analysarbetet börjar redan vid transkriberingen, eftersom det inte objektivt går att översätta från ord till text. Jag valde att genomföra en transkribering där betoningar, skratt och fnysningar inte markerades eftersom jag är intresserad av vad informanterna säger och inte hur de säger det. Korta uttryck från min sida och upprepningar från informanterna uteslöts då det var oväsentligt för studien. Namn, städer och arbetsplatser valdes att inte skrivas med i transkriberingen för att bevara informanternas anonymitet. I övrigt skrevs informanternas exakta ord ut i transkriberingen. Transkriptionerna förvarades i elektroniskt format i en lösenordsskyddad dator och skrevs sedan ut i pappersformat och förvarades då oåtkomligt för obehöriga. Det transkriberade materialet utgjorde sedan själva datan för studien.

Det finns inga generella regler för hur en kvalitativ dataanalys ska gå till men det finns några riktlinjer att förhålla sig till (Bryman, 2010), . Jag valde att utgå från studiens frågeställningar i analysarbetet. Jag letade efter hur MI har varit ett stöd för patienten och vilka svårigheter och brister MI har. Stöd markerades med en färg i det transkriberade materialet och svårigheter och brister med en annan färg. De två kategorierna delades sedan in i teman där gemensamma nämnare kunde urskiljas. Jag var noggrann med att inte ett tema gick in i ett annat. Resultatet presenterades i form av citat följt av en tydligare förklaring av citatet.

4.4 Etiska överväganden

I samhällsvetenskaplig forskning finns två huvudprinciper som forskaren bör förhålla sig till (Vetenskapsrådet, 2002). Det är forskningskravet och individskyddskravet och dessa

principer vägs hela tiden mot varandra. Forskaren bör fråga sig om kunskapsvinningen överväger personers välmående eller vise versa. De principer som innefattas i individskyddskravet är informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Med informationskravet menas att deltagare av studien skall informeras om studiens syfte och sådan information som kan påverka deras vilja att delta i studien. Forskaren bör även informera om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas (ibid.). Detta var jag noga med att informera deltagarna om både i det bifogade missivet (se bilaga 1) i mailen och muntligt innan intervjun. Samtycke till att delta i studien och att spela in samtalet efterfrågades även det innan intervjun och via mail. Konfidentialitetskravet innebär att personuppgifter skall hemlighållas och att inga obehöriga ska kunna identifiera deltagarna eller ta del av personuppgifter (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav uppfylldes eftersom ingen annan än jag vet vilka personer som deltagit i intervjun. Andra uppgifter som kan identifiera informanterna togs bort vid transkribering och det inspelade materialet raderades efter transkriberingen. Transkriberingarna förvarades på ett säkert ställe. Nyttjandekravet uppfylldes då materialet från intervjuerna endast kommer användas i denna studie.

Enligt mig så behandlar inte denna studie några svåra samtalsämnen som på något sätt kan skada individen. Intervjufrågorna handlade delvis om svårigheter i förhållande till en metod vilket är en helt annan sak. Jag upplevde inte att informanterna på något sätt tyckte det var jobbigt att prata om något jag frågade. Det hade varit känsligare om jag till exempel hade intervjuat patienterna.

5. Resultat

Här presenteras studiens resultat. Resultatet delas upp i två huvudteman vilka i sin tur består av kategorier.

5.1 Stöd

Under temat stöd förklaras på vilket sätt MI har varit ett stöd för patienten enligt utövaren.

Under temat återfinns kategorierna: ta steg, tänka själv och se positivt.

5.1.1 Stöd till att ta steg mot ett bestämt mål

Denna rubrik innefattar de situationer där patienter, till följd av ett MI-samtal, har tagit steg mot ett bestämt mål.

Exempel 1, ta steg att integreras i det svenska samhället

”... det gäller att de gör ganska stora förändringar i deras beteenden /.../ motivera till att använda det svenska språket, att äta svensk mat och ta bussen in till staden själv...”

Kontexten är att personer som kommer till Sverige och har som mål att integreras i det svenska samhället. Detta exempel belyser att patienterna tar steg mot att integreras i det svenska samhället. Det handlar om att MI är ett stöd till att ta steget att lära sig språket och lära sig det svenska samhället.

Exempel 2, välja att påbörja en behandling

”... att motivera till att gå in på behandling, motivera till att sluta med alkohol och droger /.../att motivera X, det är det som det går ut på, det fungerar mycket bättre, om istället för jag kommer med färdiga handlingar, att du själv ska förstå din handling, det är därför jag tycker det är så pass bra, att det fungerar...”

Detta exempel handlar om situationer där motiverande samtal är ett stöd för patienter att ta steget in på en behandling. Det handlar om att ta steget att påbörja behandling för alkohol och narkotikaproblem. Utövaren antyder till att motivation i ett motiverande samtal fungerar bättre än att säga till en person vad den ska göra.

Exempel 3, ta steget in på behandling

”... (beroende av) mat eller spel, men främst beroende av olika substanser /.../ folk får komma dit och bli avgiftade och sedan skulle de vidare till ett behandlingshem och ville de inte det så kan man ha ett MI-samtal och då kanske det ramlar ner på rätt sida /.../ att ta steget till någon behandling eller behandlingshem...”

Målet är att påbörja en behandling. Detta exempel belyser att MI kan vara ett stöd för patienter att ta steget att påbörja en behandling.

Utövaren använder sig av generella uttrycket ”man”, men det går att urskilja av kontexten att utövaren då syftar på sig själv.

Sammanfattning

Exemplen visar att MI kan vara ett stöd för patienten att ta steg i en bestämd riktning. Målen är i dessa fall är att ta steget att påbörja en behandling och att ta steg till att integreras i det svenska samhället.

5.1.2 Stöd till att lösa sina egna problem

Denna kategori innefattar de situationer där MI har varit ett stöd för patienten att lösa sina egna problem. Det menas på ett mentalt plan. Alltså att patienten själv får styr på sina egna tankar och förstår vad hen själv vill. Inte att någon annan ska lösa ett problem åt patienten utan att patienten själv kan tänka ut en lösning på sitt problem.

Exempel 1, stöd till att få igång en dialog med sig själv

”... att MI är ett sätt att få styr på sina tankar /.../att jag inte ställer några ledande frågor utan jag ställer öppna frågor där de får fråga sig själva /.../ då hoppar deras egna frågeställningar igång och de börjar ifrågasätta sina egna gamla tankemönster. Om jag har kommit dit, så händer det mycket i dem, när de får tänka själva, det som är viktigt med MI tänker jag att man ändå någonstans ska lära sig att ha en dialog med sig själv...”

Detta exempel visar att MI är ett stöd för patienten när det kommer till att lösa problem i huvudet. Att patienterna börjar reflektera kring sitt beteende. Utövaren menar att ställa öppna frågor ger möjlighet för patienten att tänka själv.

Exempel 2, ge möjlighet för patienten att tänka själv

”... att få berätta själv istället för att lägga orden i munnen på dem /.../ att kunna få mer eftertanke i samtalet /.../ att istället för att komma med färdiga handlingar, att du själv ska förstå dina egna handlingar...”

Detta exempel belyser att MI kan vara ett stöd för patienten att tänka själv och förstå sina egna handlingar. Utövaren ger, i ett MI-samtal, patienten möjlighet att själv berätta vad de tänker och förstå sina handlingar. Detta kan vara en början på en lösning på problemen.

Exempel 3, stöd för patienten att själv lösa problemet

”... att problemlösningen kommer från en själv genom att man ställer frågor och gör de här (MI) teknikerna...”

Utövaren menar att patienten själv hittar lösningen på ett problem med stöd av MI. Att utövaren stöttar patienten så att patienten får tänka själv och hitta en lösning.

Sammanfattning

MI kan vara ett stöd för patienten att lösa sina egna problem. Att patienten får tänka själv och få igång en dialog med sig själv. Utövaren använder MI för att ge plats för patienten att komma fram till vad hen själv vill.

5.1.3 Stöd att se positivt

Belysande för denna kategori är den positiva utgångspunkten i MI. Att patienten, genom MI, får stöd att se sina framtidsmöjligheter och att se skillnad och en positiv utveckling.

Exempel 1, stöd för patienten att se framtidsmöjligheter

”... få dem att förstå vilka möjligheter de har inför framtiden /.../ det gäller att veta hur man kommer dit och det är det jag och mina kollegor är experter på...”

Utövaren säger ”dem” och syftar då på patienterna. Citatet visar att MI kan vara ett stöd för patienten att se sina framtidsmöjligheter med en positiv utgångspunkt.

Exempel 2, stöd till att se skillnad då och nu

”... är någonting jag försöker förmedla är hopp /.../ att se skillnaden /.../ för två månader sedan, vart var du då? /.../ idag, vart är du nu? /.../ att hela tiden få se skillnaden, att nu är du här och då var du där...”

Belysande för detta exempel är att MI kan vara ett stöd för patienten att med en positiv utgångspunkt se förändringar och utvecklingar i den motiverande processen.

Sammanfattning

Exemplen ovan belyser att MI kan vara ett stöd för patienten att se positivt på saker. Att de ser möjligheter och inte hinder i situationer. MI är även ett stöd att se skillnader, positiva utvecklingar och se positivt på framtiden.

5.2 Utmaningar samt brister i utbildningen, erfarenheter och metoden

Under temat fann jag att MI kan vara svårtillämpbart i vissa sammanhang och att det kan uppkomma problem vid inläring av metoden samt att det finns brister i utbildningen.

5.2.1 Situationer där MI är svårtillämpbart

Kategorin förklarar de situationer där svårigheter att använda metoden MI har uppkommit. Det kan uppkomma svårigheter i tillämpbarheten av MI.

Exempel 1, svårighet med tillämpbarheten vid begåvningshandikapp

”De som jag tänker är att de som har lite mer begåvningshandikapp än andra kanske det är något svårare med...”

Detta är ett exempel på att patienter med begåvningshandikapp har svårare att ta till sig metoden och att det uppkommer svårigheter att använda metoden på de patienterna.

Utövaren säger ”det som jag tänker” är att göra en reservation, men det går ändå att urskilja av kontexten att utövaren menar att det är svårare att tillämpa MI på personer som har begåvningshandikapp.

Exempel 2, svårigheter med patienter med reflektionssvårigheter

”... i psykiatrin till exempel, då handlar det om att brukarna har så mycket kognitiva funktionshinder så det inte kan reflektera /.../ fast man kan använda det i psykiatrin, men där har de lite brister.”

Detta exempel visar att i psykiatrin (personer med psykiska funktionsnedsättningar) är det svårare att utöva MI. Problem kan uppkomma vid utförande av MI-samtal med patienter med kognitiva funktionshinder. Problemen uppkommer i och med patienternas limiterade förmåga att reflektera.

Exempel 3, svårtillämpbart i möte med nästa generation

”Jag tror, just nu, att jag kan säga att det är lättare med vuxna /.../ det känns som jag har mer gemensamt med äldre, jag känner igen mig mer än vad jag gör med dagens ungdomar...”

Här antyder informanten att det är svårare att utföra MI på ungdomar. Det kan vara en utmaning att utföra MI på ungdomar eftersom de har mindre gemensamt.

Exempel 4, krissituationer där mottaglighet för stöd saknas

”... då är det tvångsvård som gäller, för då kanske det är så att de inte kan bestämma själv /.../ MI är inget jag använder när det är akut /.../ MI funkar i de flesta sammanhang, men inte i alla...”

Detta är ett exempel på en situation där MI är svårtillämpbart. När det är akut och det är fråga om tvångsvård då saknas mottagligheten från patienten och då är det svårt att tillämpa MI.

Sammanfattning

MI är svårt att tillämpa i vissa situationer. Personer som har svårt att reflektera och har kognitiva funktionshinder är det svårt att utöva MI på. Ungdomar uppfattas också lite svårare att utföra ett MI-samtal med, för en vuxen person. I situationer där det krävs tvångsvård är det också svårtillämpbart.

5.2.2 Brister i utbildningen och i erfarenheter

Kategorin innehåller de brister som utövare upplever i utbildning och i erfarenheter. Exempel ges på hur dessa brister visar sig för nya utövare och på vilka brister det finns i utbildningen.

Exempel 1, krystade samtal för nya utövare

”... nu har jag haft fyra öppna frågor och nu kanske jag ska ta en reflektion eller ska jag ta något annat. Då blir samtalet lite krystat och det märker den man pratar med. Att man är lite frånvarande, det kommer liksom inte naturligt.”

Utövaren ger här ett exempel på hur samtal i MI kan te sig för en ny utövare med bristande erfarenheter. Samtalet störs av att utövaren funderar för mycket på var hen ska säga. Samtalet blir inte naturligt och patienten de pratar med märker det. Detta är med andra ord en utmaning att lära sig att få flyt i användningen av MI.

Exempel 2, utmaning att öva in

”... MI är svårt att få in /.../ att man planterar in det i sig själv /.../ ”nu ska jag ställa den här frågan”, tänker man och det är svårt att få in det här fina flödet...”

Detta är ett exempel på att MI kan vara svårt att öva in och att det krävs erfarenhet för att bli bra på metoden. Det är en utmaning att få in ett flyt i det utan att behöva tänka.

Exempel 3, oerfarna utövare kan gå i metodfällan

”... MI är så pass strukturerat att det finns en fälla i att man blir osäker på sig själv och att man blir metodtrogen och det blir stelt och lite konstigt /.../ MI kan bli ett hinder från spontana frågor. Alltså att man kommer in i ett samtal som inte leder dem längre...”

En utmaning med MI är att om oerfarna utövare förlitar sig för mycket på metoden och inte på sig själv. Då blir inte samtalen inte bra och det kan bli ett hinder till ett naturligt samtal.

Exempel 4, brist i utbildningen

”... den största kritiken jag har är att man går en tredagars (utbildning) och sedan ska man börja jobba. Jag tror att det är väldigt svårt och att man måste ha mer på fötterna /.../ det är för kort tid och man måste processa saker /.../ man kan inte ha ett regelrätt MI- samtal /.../ man måste träna mer”.

Det är tydligt att utövaren tycker att utbildningarna är alldeles för korta. En utmaning är att lära sig metoden på kort tid och utövaren tycker att det behövs mer tid för övning.

Sammanfattning

Det finns utmaningar och brister både i utbildningen och erfarenheter med MI. Det kan vara svårt att öva in och att samtalen blir naturliga. Utbildningarna upplevs för korta för att hinna lära sig metoden.

6. Diskussion

Resultaten i denna studie kan inte påvisa något allmängiltigt om utövares upplevelser och erfarenheter av MI. Men studien kan ändå ge indikationer på vad utövare på HVB har för erfarenheter av MI. Vilket tidigare studier som studerat erfarenheter av MI saknar.

Resultatet visar exempel på flera typer av upplevelser och erfarenheter av MI. Det visar att det finns situationer där utövare upplever MI som ett stöd för patienten. Informanterna upplever även ibland svårigheter med MI. Det jag fann var att MI kan vara ett stöd för patienten att ta steg mot ett bestämt mål. Till exempel ta steget att påbörja en behandling för alkohol- och droguesbvar. Till skillnad från Vasilaki, Hosier & Miles Cox (2006) och Carroll et al., (2006) som främst förespråkar att använda MI som en del i behandlingen av alkohol och droger, så förklarar informanterna att MI är ett stöd till att ta steget att påbörja en behandling. De säger inte att MI inte fungerar för behandling av alkohol- och drogproblem, utan jag tolkar det som att det är andra personer som utför behandlingen än informanterna själva. Ett annat sätt som MI kan vara ett stöd för patienterna, är stöd till att lösa sina egna problem. Alltså att patienten får igång en dialog med sig själv och tänker själv. Enligt Miller & Rollnick (2013) är det en del av själva principen i MI. I den framkallande och planerande fasen i MI är det utövarens uppgift att hjälpa patienten att komma fram till en lösning på sina problem. Det är alltså patienten som själv ska komma på en plan och utövaren hjälper bara till (ibid.). Informanterna i denna studie använder sig alltså av MI på det sätt som Miller och Rollnick (2013) förespråkar. ”Att få igång en dialog med sig själv” kan liknas vid ambivalens, som Miller & Rollnick (2013) kallar det. Patienten bollar alltså de positiva aspekterna av en förändring mot det negativa och det sker i en dialog i deras huvud. Detta är också det som Svensson (2009) menar är pedagogik. Att utövaren stödjer patienten i att få igång en dialog med sig själv och hjälper patienten att utforska ambivalensen. Alltså ett avsiktligt stöd till lärande om sig (patienten) själv.

Som tidigare nämnt finns det även svårigheter och brister i metoden. Två av informanterna berättade att det kunde vara svårt att utföra MI-samtal med personer som har begåvningshandikapp eller kognitiva funktionshinder. Begåvningshandikapp och kognitiva funktionshinder är psykiska tillstånd. Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen (2005) motsäger sig detta och menar att MI fungera lika bra på psykiska som fysiska tillstånd. I detta fall stämmer inte informanternas iakttagelser med tidigare

forskning. En annan situation där MI kan vara svårtillämpbart är i möten med nästa generation. Det innebär att vuxna utövare kan ha svårt att utföra ett MI-samtal med ungdomar. Detta håller inte Socialstyrelsen (2014a) med om. Eftersom de rekommenderar att ungdomar med alkohol- och drogproblem erbjuds MI och att det gynnar ungdomarna. Lundahl et al. (2010) visar även i en studie att det är lättare att utöva MI på vuxna personer än på yngre människor. I min studie fann jag även att det finns brister i utbildningen i erfarenheter. Informanterna tyckte att de behövde träna mer och att det var för korta utbildningar. Utbildningarna som, enligt Socialstyrelsen (2014a), är 3-4 dagar är för korta för att kunna tillämpa metoden på ett bra sätt. Miller & Rollnick (2013) menar att det krävs år av övning för att bemästra metoden. Informanterna menar att oerfarna utövare kan ha svårt att få samtalet att bli naturligt och det är svårt att öva in. Detta har även sjuksköterskor erfarenheter av. De har bristande erfarenheter för att kunna genomföra ett regelrätt MI samtal efter utbildning (Jansink et al., 2010). Professionella utövare anser att de behöver mer träning än de får tillfälle till under kurstillfällena för att bemästra metoden (van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef, 2011). Detta innebär att forskning och informanterna är eniga om att utbildningarna är för korta och att det behövs mycket erfarenhet för att bemästra metoden.

6.1 Metoddiskussion

Jag anser att studiens datainsamlingsmetod var lämplig utifrån studiens syfte. Studien syftade till att undersöka upplevelser och erfarenheter, vilket framkom i studien med hjälp av kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Kvantitativ som metod är inte relevant för denna studie, eftersom upplevelser och erfarenheter hade varit svåridentifierbara. Andra kvalitativa metoder som till exempel observationer eller textanalys är inte heller relevant eftersom det är svårt att identifiera upplevelser och erfarenheter genom dessa metoder.

Urvalet bestod av fyra personer, både kvinnor och män. Jag har medvetet valt att inte tala om hur många män respektive kvinnor som deltog i studien eftersom det kan vara utpekande. Dessutom var det inte relevant eftersom studien inte efterfrågade det. Med tanke på att detta är en relativt liten studie och med en begränsad tid, så tycker jag ändå att fyra informanter är lagom. Jag kunde utifrån intervjuerna svara på mina frågeställningar så ur den aspekten så var antalet informanter också tillräckligt.

Intervjuerna utfördes under liknande förutsättningar. Alla informanterna fick samma information inför intervjun och de fick själva välja en tid som passade dem. Jag utgick från samma intervjuguide när jag ställde frågorna. Så de fick samma frågor, med några undantag. I vissa fall bad jag de utveckla svaren och ställde frågor om det var något jag inte förstod. Det kan vara så att jag, i och med att jag är oerfaren att intervjua, har påverkat informanterna under samtalet och ställt frågor som är ledande. Transkriberingen och inspelningen genomfördes på samma sätt, så det kan bedömas som likvärdigt.

Det kan både vara en positiv och negativ aspekt att jag som forskare inte har utbildning i MI. Om jag hade utbildning i MI hade jag haft en större inblick i termer som de använder. Och underintervjuerna hade jag hade kunnat ställa mer följdfrågor. Vid dataanalysen ser jag det som positivt att inte ha utbildning i ämnet eftersom analysen blir mer objektiv och innehåller färre förutfattade meningar.

Denscombe (2009) menar att analys av kvalitativ data alltid inbegriper forskarens tolkningar av materialet. Detta innebär att om någon annan hade gjort om denna studie hade de inte fått exakt lika resultat som jag erhöll. Även om jag har försökt förhålla mig så objektiv som möjligt till materialet så kan jag inte undkomma att jag delvis tolkat det utifrån mina erfarenheter och förutfattade meningar.

6.2 Förslag till fortsatt forskning

Det har visat sig att MI har en del brister och är inte applicerbart i alla situationer. Det skulle vara intressant att ta reda skillnader i brister och effekter av MI mellan olika typer av HVB. Vid kunskap om hur MI fungerar på respektive boende kan metoden utvecklas och anpassas så den passar till just det stället. Det skulle gynna utövarna och göra den mer applicerbar på just den arbetsplatsen.

7. Referenser

- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (24), 3322-3330.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 71(5), 843-861. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., ... (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(3), 301–312. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2011). *Research methods in education*. (7. ed.) Milton Park, Abingdon, Oxon, [England]: Routledge.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dunn, C., Deroo, L. and Rivara, F. P. (2001), The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96: 1725–1742. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x
- Hallberg, L.R. (red.) (2010). *Hälsa och livsstil: forskning och praktiska tillämpningar*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Holm Ivarsson, B. (2009). *MI - motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården: fysisk aktivitet, kost & övervikt, riskbruk av alkohol, tobaksbruk*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. och Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, *11*(1), 41. doi: 10.1186/1471-2296-11-41
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. (1. ed.) Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, *93*, 68-157.
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Kunz, C., Brownell, C., & Burke, B. (2010). Meta-analysis of Motivational interviewing: Twenty five years of research. *Research on Social Work Practice*, *20*, 137–160.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (3., rev. och utök. utg. [dvs 4 svenska utg.]). Stockholm: Natur & kultur.
- Nationalencyklopedin [NE]. (2015). *Hem för vård eller boende*. Hämtad från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/hem-f%C3%B6r-v%C3%A5rd-eller-boende>
- Nilsson, P. (2004). *Vad är pedagogik: några tankar om pedagogikämnet i jämförande perspektiv*. Umeå: Pedagogiska institutionen, Umeå Universitet.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, *55*(513), 305–312.

Socialstyrelsen. (1997). *Insatser för vuxna missbrukare i hem för vård eller boende/HVB* 1997. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1998/1998-44-5>

Socialstyrelsen. (2009). *En kvalitetsutveckling för HVB: Hem för vård eller boende för barn, unga och familjer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8471/2009-126-5_20091265_rev.pdf

Socialstyrelsen. (2012). *Tillsynsrapport 2012: Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18687/2012-4-20.pdf>

Socialstyrelsen (2014a). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2014* Hämtad från, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19329/2014-2-3.pdf>

SOSFS 2003:20. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensson, L. (2009). *Introduktion till pedagogik*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

van Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., & Vrijhoef, H. (2011).

Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education & Counseling*, 84 (1), 10-15

Vasilaki, E.I., Hosier, S.G. and Miles Cox., W. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41(5), 328-335.

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

Wongpakaran, T., Petcharaj, K., Wongpakaran, N., Sombatmai, S., Boripuntakul, T., Intarakamhaeng, D., & Wannarit, K. (2011). The effect of telephone-based intervention (TBI) in alcohol abusers: a pilot study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(7), 849

Bilaga 1

Informationsbrev till deltagare i intervju

Hej, mitt namn är Sofia Fant och jag läser den sista terminen på Hälsovetenskapliga programmet på Högskolan i Gävle. Under denna termin skriver jag min C-uppsats och har valt att inrikta mitt arbete på motiverande samtal. Syftet med studien är att undersöka utövaras upplevelser och erfarenheter av motiverande samtal.

Jag vill därför intervjua Dig som arbetar med motiverande samtal. Intervjun består av några frågor och kommer att ta cirka 30 minuter. Intervjun kommer, med din tillåtelse, att spelas in och därefter transkriberas och inspelningen raderas. I transkriberingen kommer alla namn och personuppgifter att bytas ut och de som kommer att ta del av transkriberingen är jag och eventuellt min handledare Johan Liljestränd. I uppsatsen kommer eventuellt några citat från intervjun att komma med.

Intervjun kommer att vara helt anonym och inga personuppgifter kommer att kunna spåras. Du kan när som helst före, efter och under intervjun välja att avbryta ditt deltagande. När uppsatsen är färdig och godkänd kommer den att publiceras på Diva där offentligheten kan ta del av den.

Om Du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Sofia Fant

XXX@student.hig.se

070-XXXXXXX

Handledare:

Johan Liljestränd

XXX@hig.se

Bilaga 2

Intervjuguide

1. Vilken utbildning har du i Motiverande samtal?
 - Hur länge har du tillämpat metoden?
 - Alternativa eller kompletterande metoder
2. I vilka sammanhang tillämpar du Motiverande samtal?
3. Berätta om i vilka situationer som samtalen har varit ett stöd för patienten.
4. För vilka personer har samtalen varit ett stöd?
5. Vilka svårigheter upplever du med samtalen?
6. Hur vill du hantera dessa svårigheter?