



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors erfarenheter och reflektioner av Motiverande samtal

Katarina Windahl

2015

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Omvårdnad
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Handledare: Ann-Sofi Östlund
Examinator: Anna-Greta Mamhidir

Förord

Författaren vill rikta ett stort tack till de personer som bidragit till detta examensarbete!

Min handledare för goda råd och stöd!

Samtliga distriktssköterskor som deltog i studien, tack för att ni tog er tid!

Sist men inte minst min man för all nödvändig IT support, stöttning och uppmuntran!

Sammanfattning

Bakgrund: Ohälsan bland befolkningen ökar och levnadsvanor har inverkan på vår hälsa. Motiverande Samtal (MI) är en av samtalsmetoderna som rekommenderas som metod att använda för att förebygga sjukdom genom att stödja människors förändring av levnadsvanorna. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskornas upplevelser och reflektioner av motiverande samtal. **Metod:** En kvalitativ ansats med en deskriptiv design användes. Åtta distriktssköterskor från olika Hälsocentraler intervjuades. **Resultat:** Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de använde sig dagligen av samtalsmetoden MI och att de var av uppfattningen att det är en bra och effektiv metod när patienter stod inför en livsstilsförändring. **Slutsats:** Distriktssköterskorna upplevde att i och med användandet av MI vilket gav stöd och hjälp i hälsosamtalet gavs det goda förutsättningar och möjligheter att de skulle lyckas med att motivera en patient som står inför en livsstilsförändring.

Nyckelord: Motiverande samtal, distriktssköterska, hälsoförebyggande, livsstilsförändring

Abstract

Background: Illness among the population increases and lifestyles have an impact on individual health. Motivational Interviewing (MI) is a one call method recommended as a method to use to prevent illness by supporting people's changing of lifestyles. The aim of the study was to describe the district nurses experiences and reflections. **Objective:** The aim of this study was to describe the district nurses' experiences and reflections of MI. **Method:** A qualitative approach with a descriptive design was used. Eight district nurses from different health centers were interviewed. **Results:** The district nurses in this study described that they daily by interviewing used this method MI and they were of the view that it is a good and effective supporting method when patients faced a lifestyle change. **Conclusion:** The district nurses felt that with the use of the MI which gave support and help in health talks they had good conditions and opportunities and by they would manage to motivate a patient facing a lifestyle change.

Keywords: Motivational Interviewing, district nurse, health promotion, lifestyle changes

Innehållsförteckning	sid
1. Introduktion	1
1.1 Hälsoläget	1
1.2 Definition hälsa och hälsofrämjande	2
1.3 The Health Belief Model	3
1.4 Livsstilsförändring	3
1.5 Distriktssköterskans roll	4
1.6 MI	5
1.6.1 Effekten av MI	6
1.7 Problemformulering	7
1.8 Syfte	8
2. Metod	8
2.1 Design	8
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	8
2.3 Datainsamlingsmetod	8
2.4 Tillvägagångssätt	9
2.5 Dataanalys	9
2.6 Forskningsetiska överväganden	10
3. Resultat	11
3.1 MI innebär ett ödmjukt förhållningssätt	11
3.1.1 MI betonar självbestämmande och delaktighet	11
3.1.2 MI lockar fram egna resurser och motiverar patienten	11
3.1.3 MI hjälper till att hantera motstånd	12
3.2 Verktyg som hjälper till att motivera patienten	13
3.2.1 Aktivt lyssnande ger ökad patient kännedom	13
3.2.2 Utforskar situationen	13
3.2.3 Öppna frågor leder till innehållsrika svar	14
3.3 Arbetet underlättas med hjälp av MI	14
3.3.1 MI ger positivt utfall	14
3.3.2 MI är oftast en bra metod	15
3.3.3 MI är inte alltid lämpligt	16
3.3.4 Finns olika hinder	16
4. Diskussion	17
4.1 Huvudresultat	17
4.2 Resultatdiskussion	17
4.3 Metoddiskussion	19
4.4 Kliniska implikationer	21
4.4.1 Fortsatt forskning	21
4.4.2 Slutsats	21
5. Referenser	23

1. Introduktion

Ohälsan bland befolkningen ökar (Statens folkhälsoinstitut, 2013). Enligt Socialstyrelsen (2011) är Motiverande Samtal (Motivational Interviewing, MI) en av samtalsmetoderna som rekommenderas som metod för att förebygga sjukdom genom att stödja människors förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2011). Då distriktssköterskan har ett ansvar inom det hälsofrämjande området (Distriktssköterskeföreningen, 2008) kan distriktssköterskan som stöd i det hälsofrämjande arbetet/livsstilssamtal ta hjälp av samtalsmetoden, MI (Socialstyrelsen, 2011). Brobeck et al. (2011) beskriver i sin studie att MI är en berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och vägledning i en vårdrelation.

I en studie gjord av Beckham, (2007) framkom att traditionella råd som var förmanande som exempelvis ”du måste sluta dricka” inte hade någon effekt på klienterna därför att de hade blivit resistenta mot att de blev tillsagda vad de skulle göra. Då istället MI strategin minskade motstånd och optimerade klienten till förändring. Detta var någonting som primärvården kunde ha nytta av då sjukvårdskostnaderna på sikt skulle minska, om man kunde identifiera och hjälpa dessa individer i tid skulle man besparas sjukvårdskostnader för specialistvård, menar Beckham, (2007). Det finns tidigare forskning om effekterna av MI (Rubak, 2005). Men det finns få studier som beskriver distriktssköterskors erfarenheter av MI Östlund et al. (2013).

1.1 Hälsoläget

Människans levnadsvanor har en stor inverkan på individens hälsa (WHO, 2002). I Sverige är en tredjedel av kvinnorna i åldern 16-84 år överviktiga och hälften av männen (Statens folkhälsoinstitut 2013). Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) förkortar fetma livet med 6-7 år. Fetma har blivit vanligare de två senaste decennierna, den största ökningen sker bland personer under 50 år (Statens folkhälsoinstitut, 2013). I Sverige är 15-20 % av barnen överviktiga och 3-5 % feta. Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009). I en studie gjord av Brown, (2006) beskrivs att fetma kan orsaka kroniska sjukdomar som hjärtinfarkt, hypertoni, stroke, diabetes och vissa typer av cancer. Dessa sjukdomar i sig kan leda till för tidig död. Persson et al. (2006) påvisar i sin studie att män oftare har övervikt än kvinnor, men att det vid fetma är nästan lika vanligt förekommande mellan könen. Ökningen av antalet överviktiga individer ser lika ut i de socioekonomiska grupperna. En skillnad kan ses vad gäller fetma bland dem med lägre utbildning än hos dem med högre utbildning. Övervikt definieras som

ett tillstånd när Body Mass Index (BMI) överstiger 25 och fetma definieras när BMI överstiger 30. BMI beskrivs som kvoten mellan en individs kroppsvikt (i kilo) och kvadraten på kroppslängden (räknat i meter). Avgörande för individen är den totala energiförbrukningen i förhållande till hans eller hennes matvanor och grad av den fysiska aktiviteten (Folkhälsorapporten, 2013).

Den globala förekomsten av fetma har mer än fördubblats mellan 1980 – 2014. År 2014 var 39 % av de vuxna i åldern 18 år och äldre överviktiga, 38 % av männen och 40 % av kvinnorna. Fler dödsfall i världen är kopplade till övervikt och fetma än till undervikt. En av konsekvenserna av fetma är hjärt-kärl sjukdomar. Hjärt-kärlsjukdomar och stroke var den ledande dödsorsaken 2012 (WHO, 2015). Övervikt och fysisk inaktivitet går hand i hand, 75 % av den svenska befolkningen som är äldre än 30 år är inte tillräckligt fysiskt aktiva för att de ska må bra (Ekblom & Nilsson, 2000).

Bland 16-84 åringarna i vår befolkning beräknas 12 % av kvinnorna vara rökare och 10 % av männen. Tobaksrökning har en vetenskapligt belagd ökad risk för inte mindre än 58 olika sjukdomar, varav de vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, KOL, lungcancer och andra former av cancer. Detta leder till att ca 6 400 människor i Sverige dör i förtid varje år på grund av sitt tobaksbruk (Statens folkhälsoinstitut, 2013).

Ca 700 000 svenskar bedöms ha en riskabel alkoholkonsumtion och ca 300 000 ett beroende (Statens folkhälsoinstitut, 2013). Alkohol orsakar mer än ett sextiototal olika sjukdomstillstånd. Till de vanligaste åkommorna hör hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2013).

1.2 Definition hälsa och hälsofrämjande

WHO (1948) definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder”.

Begreppet hälsa är en individuell upplevelse, vilken för några kan innebära frånvaro av sjukdom (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Att arbeta utifrån ett hälsoperspektiv innebär att uppmärksamheten flyttas från att behandla sjukdom och problem till att förebygga ohälsa och skapa förutsättningar för ett gott liv (Bjärås & Kanström, 2000). Hälsofrämjande arbete definieras som en möjliggörande process för individen att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa (WHO 1986). Hälso- livsstilssamtal är ett livsstilsinriktat samtal mellan patient och distriktssköterska vilket används inom sjukvården och som kan vara en hjälp att tillgå i hälsofrämjande arbete (Socialstyrelsen, 2011).

1.3 The Health Belief Model

Health Belief Model (HBM) är en teoretisk modell som sägs vara en av de mest använda teorierna för att beskriva beteenden som eftersträvar hälsa (Hultgren, 2008). Health Belief Model (HBM) utvecklades i mitten av 1900-talet av de fyra psykologerna Godfrey Hochbaum, Stephen Egales, Hugh Leventhal och Irwin Rosenstock, för att kunna förutsäga vilka bevekelsegrunder människor har för att utöva sjukdomsförebyggande beteende (Rydén & Stenström, 1994). Enligt HBM är sannolikheten för att en individ ska engagera sig i ett förebyggande hälsosamt beteende beroende på hur *allvaret uppfattas kring de sjukdomar individen löper risk för*. I patientens bedömning av att ändra på sitt beteende eller inte, ingår *en uppskattning om fördelarna med beteendeändringen överväger nackdelarna*. I de fall fördelarna överväger ökar chanserna till en *beteendeförändring* (Hultgren, 2008). Vidare beskriver Hultgren (2008) att modellen bygger på faktorer av övertygelse vilka är; *upplevd mottaglighet, känslighet för negativ händelse, att händelsen är allvarlig och betydande samt upplevda fördelar* och att besluten den enskilda individen gör, beror på att tron genom en specifik handling kommer att leda till ett förväntat utfall (Hultgren, 2008). HBM syftar på tanken att individen ser ett samband mellan beteendet och risken för att drabbas av en sjukdom. Utbildning av patienter i HBM har visat sig vara en framgångsrik metod vid förändringar av livsstil för patienter med akut koronart syndrom i Jordanien (Eshan, 2013).

1.4 Livsstilsförändring

Hälso- och sjukvården bör förebygga sjukdomar genom att stödja människors förändring av levnadsvanorna vad gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2011).

Kroniska sjukdomar som hjärtinfarkt, hypertoni, stroke, diabetes typ 2 och vissa typer av cancer är de vanligaste orsakerna till handikapp och dödsfall. En stor del av dessa sjukdomar kan minskas genom att inte använda tobak, minska intaget av alkohol, äta hälsosam kost och öka den fysiska aktiviteten enligt Kardakis et al. (2013). Detta styrker Lakerveld et al. (2013) i sin studie att hälsosamma levnadsvanor väsentligt minskar risken för att drabbas av diabetes typ 2, fetma, stroke samt hjärt- och kärlsjukdomar.

Inom hälso- och sjukvården är det betydelsefullt att tidigt uppmärksamma levnadsvanor då dessa grundläggs tidigt i livet. Barns levnadsvanor påverkas troligen och går hand i hand med föräldrars levnadsvanor. Hälso- och sjukvården har vinning av att tidigt uppmärksamma föräldrars levnadsvanor och att försöka motivera till god hälsa, för att på så sätt lägga grunden för barnens levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2012).

Barberia et al. (2008) beskriver att det finns en önskan hos många vuxna att gå ner i vikt, eller att man åtminstone planerar att försöka gå ner i vikt. För att individer med övervikt och fetma ska lyckas med detta krävs det en beteendeförändring vad gäller kosten. Det är många som har svårt att hålla den nya dieten och det krävs ett omfattande arbete kring dessa individer, speciellt vad gäller att stödja dem i den egna självkänslan (Barberia et al. 2008). Brobeck et al. (2013) styrker detta i sin studie om att kunskap och inspiration behövs för att hjälpa patienter som är i behov av att ändra sin livsstil. Savolainen et al. (2014) påvisar i sin studie att människor som förväntas att sträva för att ändra sin livsstil har lägre livskvalitet och psykologiska välbefinnande vilket bör tas i beaktning både kliniskt och hälsofrämjande. Depressiva symtom visade sig vara mindre frekventa bland de individer som hade en hälsosammare livsstil. Fetma och övervikt orsakas av energiobalans, ökat intag av energirika livsmedel och fysisk inaktivitet. Övervikt och fetma kan till stor del förebyggas. Stödjande miljöer och samhällen är grundläggande för att forma individers val till en hälsosammare väg vad gäller kost och motion (WHO, 2015). Förväntningarna på att personal inom hälso- och sjukvård ska motivera patienter till sundare levnadsvanor ökar (Lakerveld et al. 2013).

1.5 Distriktsköterskans roll

Distriktsköterskan har ett ansvar inom det hälsofrämjande området då distriktsköterskas kompetens omfattar hälsofrämjande arbetssätt för att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda samt vårda patienter (Distriktsköterskeföreningen, 2008). Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL 1982:763) ska sjuksköterskan arbeta för att främja hälsa och förebygga sjukdom. De flesta vårdinsatser i den organiserade svenska sjukvården sker inom primärvården (Kardakis et al. 2013). En beteendeförändring mot en ny livsstil kräver flera komponenter för att bli framgångsrik. Kunskap, insikt och strategier har betydelse för att få patienten motiverad, då motivationen ibland kan växla i relation till situation och omständigheter (Falskunger & Hemmingsson, 2005). Kardakis et al. (2013) beskriver i sin studie att vårdpersonal ändå har en positiv attityd och ett grundligt övergripande kunskapsområde vad gäller livsstilsinterventionsmetoder inom primärvården. Brobeck et al. (2013) beskriver i sin studie att sjuksköterskor med hälsofrämjande arbete i praktiken har en viktig uppgift inom hela hälso- och sjukvården och att sjuksköterskor och distriktsköterskor är viktiga i rollen genom att arbeta med förebyggande hälsovård. Vidare beskrivs i studien att de 16 distriktsköterskor som deltog var entusiasmerade i sin syn på hälsofrämjande arbete. Men distriktsköterskorna var enade om att mer tid och bättre resurser krävs för att utforma högre framgångsrika

hälsofrämjande insatser. Men innan genomförandet av en stor utbildningsinsats är det viktigt att undersöka om villkoren finns för detta i den organisation man arbetar i.

Rollen som distriktssköterska kan förutom telefonrådgivning, hälsofrämjande arbete, arbete på mottagning också innefatta arbete på BVC (barnvårdscentral). Att ge föräldrarna stöd i att använda sina egna resurser är en grund inom i arbetet inom BVC. Genom att lyfta det positiva i familjen kan man bidra med ett stärkt självförtroende i föräldraskapet. Det krävs en viss eftertanke då detta kan vara förknippat med känslor av olika slag, grunden för ett bra samtal är att familjen upplever att man samtalar om levnadsvanor av omtanke för barnet och familjen (Rikshandboken, 2014). Ett exempel på samtal som vänder sig till föräldrarna är samtal gällande tobaksvanor. En studie gjord av Lannerö et al. (2008) visar att passiv rökning, framför allt inomhus ökar risken för överkänslighet.

1.6 MI

Upphovsmannen till MI är en amerikansk psykolog, professor William R. Miller vilken började utveckla metoden i början av 1980 talet i sitt arbete med alkoholberoende patienter. Sedan började ett samarbete med Stephen Rollnick, psykolog, professor och metodutvecklare på området rådgivning inom hälso- och sjukvård (Holm Ivarsson, 2012). Den första utgåvan av *Motiverande samtal - att hjälpa människor till förändring* skriven av William R. Miller och Stephen Rollnick publicerades år 1991 och har sedan dess kommit ut i flera utgåvor vilka sedan har reviderats i takt med att teorin har utvecklats. MI började användas främst i USA och har sedan spridit sig världen över och även till Sverige. Med en början inom missbruksbehandling och därefter inom kriminalvården, hälsovården och mentalhälsovården. Syftet med MI är att erbjuda en samarbetsinriktad samtalsmetod som syftar till att stärka den egna personens motivation och åtagande till förändring (Miller & Rollnick, 2013). MI är en personcentrerad metod och det fokuseras på klientens/patientens syn på situation och livsstil (Miller & Rollnick, 2013). Den underliggande andan i MI handlar om partnerskap, acceptans, medkänsla och framkallande. Partnerskap handlar om ett aktivt samarbete mellan behandlaren och klienten. Som metod innebär MI snarare ett utforskande mer än förmaning och argument. Behandlaren försöker skapa en positiv relation mellan sig själv och patienten/klienten. Ett förhållningssätt av stor acceptans från behandlarens sida är ytterligare en viktig del av andan i metoden. Acceptans består av: absolut värde, äkta empati, autonomistöd och bekräftelse. Medkänsla för sin klient är det som styr samtalet genom att behandlaren försöker sätta sig in i klientens känslor och tankar ur dennes perspektiv genom empati. Under samtalens gång

försöker behandlaren att framkalla klientens tankar om det aktuella beteendet och en eventuell förändring av detta. Detta görs för att finna de egna resurser och den egna motivationen som finns hos klienten/patienten för en förändring (Miller & Rollnick, 2013).

MI:s underliggande anda är en avgörande komponenten för metodens effektivitet. MI:s anda verkar samarbetsvillig snarare än auktoritär och den väcker klientens egen motivation snarare än att försöka installera en yttre motivation, dessutom respekteras klientens/patientens autonomi. Behandlares färdigheter korrelerar signifikant med grad av motivation av klientens/patientens eget engagemang (Miller & Rose, 2009).

De grundläggande kommunikationsfärdigheterna inom MI innefattar *öppna frågor* vilka inbjuder till berättande svar från klienten/patienten. *Reflektioner*, att återge det som patienten berättat. *Sammanfattning* är ett lite längre referat som rådgivaren gör när det känns lämpligt för att klargöra och summera det som framkommit. *Bekräftelse* innebär att rådgivaren gör yttranden som visar att patientens kompetens, vilja och ansträngningar uppskattas (Holm Ivarsson, 2012).

1.6.1 Effekten av MI

Då MI metoden har visat sig haft en god effekt har man på senare år använt sig av MI inom primärvården när det gäller patienters behov av livsstilsförändring (Barth & Näsholm, 2006). Brobeck et al. (2011) beskriver i sin studie att MI är en berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och vägledning i en vårdrelation. Studien styrks av (Lakerveld et al. 2013) som belyser att MI jämfört med sjuksköterskans tidigare traditionella rådgivande roll där patienten har varit passivt lyssnande, haft en betydande inverkan på patienter som har varit i behov av att göra en livsstilsförändring. Vidare påvisar Lakerveld et al. (2013) i sin studie att utbildning och handledning för sjuksköterskor har varit viktiga faktorer för ett ökat lärande och en tillämpning av MI.

Beckham, (2007) och Markland et al. (2005) belyser i sin studie att känna tilltro till den egna förmågan att åstadkomma en livsstilsförändring stärker den egna kompetenskänslan och därigenom den egna inre motivationen och kan väl bidra till att beteendet kommer att kunna förändras och vidmakthållas. I en metaanalys av Rubak et al. (2005) jämfördes studier som tillämpade MI vid olika sjukdomar. Det framkom att MI hade en betydande effekt i tre av fyra studier och att effekten var lika god på fysiska som på psykiska sjukdomar. Detta styrks i en studie av Britton et al. (2004) att när är hälso- och sjukvårdspersonal använder MI i samtal med patienter med ohälsosamma levnadsvanor har studier visat att det har positiva effekter. I en litteraturstudie om MI och dess användning vid hälsoproblem ingick samtal bland annat

hälsoproblemen rökning, alkohol, anorexia och diabetes. Resultaten visade att MI hade goda effekter avseende förändring av beteende. I en studie gjord av Soria et al. (2006) där MI jämfördes med traditionell rådgivning inom primärvården i Spanien, visades MI vara mer effektivt för rökavvänjning än traditionell rådgivning. Lundahl et al. (2010) skriver i sin metaanalys att MI ger likvärdig effekt jämfört med andra behandlingsmetoder. Behandlingstiden visade sig dock vara kortare vid användandet av MI jämfört med andra behandlingsmetoder (Lundahl et al. 2010).

I en pilotstudie gjord av Blizzard- Tripp et al. (2011) framkom att MI tillsammans med evidensbaserade riktlinjer blev ett värdefullt verktyg för behandling av banfetma. En utvärdering gjordes efter sex månader av resultatet och metoden och det framkom att genom konsekvent användande av MI tillsammans med kombinerade råd om kost och motion som fann man lägre BMI och ett mindre midjeomfång på barnen.

MI ses som en evidensbaserad samtalsmetod vilken används idag inom de flesta livsstilsområden t. ex riskbruk av alkohol, användning av droger, tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, övervikt, fysisk inaktivitet, spelberoende, sexuellt riskbeteende, stresshantering och egenvårdbehandling. MI används inom primärvården, företagshälsovård, BVC, friskvård, skolhälsovård, kriminalvård samt beroendevård. (Holm Ivarsson, 2012).

1.7 Problemformulering

Ohälsan bland befolkningen ökar (Statens folkhälsoinstitut 2013) och distriktssköterskorna har ett ansvar inom det hälsofrämjande området (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Brobeck et al.(2013) belyser i sin studie att det behövs kunskap och inspiration för att hjälpa patienter som är i behov av att ändra sin livsstil. Sjuksköterskor med hälsofrämjande arbete i praktiken har en viktig uppgift inom hela hälso- och sjukvården och att sjuksköterskor och distriktssköterskor är viktiga i rollen genom att arbeta med förebyggande hälsovård Brobeck et al. (2013). Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL 1982:763) ska sjuksköterskan arbeta för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Det är därför av betydelse och av värde i rollen som distriktssköterska att motivera patienterna till en livsstilsförändring. Jämfört med sjuksköterskans tidigare traditionella rådgivande roll där patienten har varit passivt lyssnande, visar forskning att MI haft en betydande inverkan på patienter som har varit i behov av att göra en livsstilsförändring (Lakerveld et al. 2013). Det finns tidigare forskning av effekterna av MI (Rubak, (2005). Ytterligare studier om distriktssköterskors erfarenheter och reflektioner av MI behövs då det finns få studier som beskriver distriktssköterskors erfarenheter av MI (Östlund et al. (2013).

1.8 Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och reflektioner av motiverande samtal.

2. Metod

2.1 Design

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats och en deskriptiv design. Detta för att förstå och kunna sätta sig in i distriktssköterskornas upplevelser och reflektioner (Polit & Beck, 2012).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Ändamålsurval av deltagare användes, vilket betyder att deltagarna i studien valdes utifrån kriterier som är relevanta för studiens ändamål (Polit & Beck, 2006). Inklusionskriterier för deltagandet i studien var att deltagarna skulle vara sjuksköterskor med vidareutbildning till distriktssköterskor. De skulle också ha någon form av mottagningsarbete där de träffar patienter i livsstilssamtal. Vidare skulle distriktssköterskorna vara utbildade i MI och använda sig av det som metod i sina livsstilssamtal med patienterna. Exklusionskriterier i studien var distriktssköterskor som saknade utbildning i MI. Deltagarna i studien rekryterades inom primärvården från åtta stycken hälsocentraler i ett landsting i södra Norrland. Vid eventuella bortfall skulle ytterligare distriktssköterskor som uppfyller inklusionskriterierna tillfrågas. Åtta distriktssköterskor planerades att rekryteras i studien. Elva distriktssköterskor tillfrågades, tre tackade nej. De tre som avböjde att delta angav tidsbrist som anledning. Aldern på deltagande distriktssköterskor varierade mellan 30-60 år och de hade arbetat som distriktssköterskor mellan 3-20 år. Samtliga deltagare var kvinnor.

2.3 Datainsamlingsmetod

En semistrukturerad intervjuguide användes. Semistrukturerade intervjuer innebär att samma frågor ställs till studiens alla deltagare och att frågorna ger öppna svarsalternativ.

Distriktssköterskorna kan fritt med egna ord berätta kring sina erfarenheter (Polit & Beck, 2008). Exempel på frågor ur intervjuguiden; Hur använder du dig av Motiverande samtal i ditt arbete? På vilket sätt upplever du att MI är ett hjälpmedel och ett stöd att tillgå?

Exempel på följdfrågor; Hur menar du? Kan du berätta mera detaljerat? Intervjuerna som genomfördes av författaren i föreliggande studie varade ca 30 minuter vardera. Dessa spelades

in och transkriberades sedan ordagrant. Är det något som du vill tillägga? avslutades samtliga intervjuer med.

2.4 Tillvägagångssätt

Verksamhetscheferna för respektive hälsocentral kontaktades via mail och telefon för att informeras om studien. Tillstånd för att göra de planerade intervjuerna inhämtades skriftligen. Namn och telefonnummer till enhetscheferna på respektive hälsocentral erhöles via växel. Enhetscheferna kontaktades i sin tur via mail och även telefon och informerades om studien, via dem erhöles namn på och mailadress till de distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Vidare kontaktades dessa distriktssköterskor personligen via mail för att informeras om studien och för att tillfrågas om deltagandet. De som valde att delta fick själva bestämma datum, tid och plats för när intervjuerna skulle ske. Intervjuerna ägde rum i ostörd miljö på distriktssköterskornas egna mottagningsrum. En planerad pilotintervju genomfördes vilken har ett värde för att se om svaren man erhåller är tillräckligt uttömmande och att frågorna uppfyller syftet med studien (Polit & Beck, 2008). Efter utvärdering av pilotintervjun tillsammans med handledaren framkom att talrikare följdfrågor bör ställas för att på så vis erhålla mer uttömmande svar. Detta gjordes och därefter inkluderades pilotintervjun i studien. Intervjuerna med distriktssköterskorna pågick under en femveckorsperiod våren 2015.

2.5 Dataanalys

Det insamlade materialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. En ofta använd metod inom området omvårdnadsforskning. Kvalitativ innehålls analys används om författaren vill öka sin kunskap, ge nya insikter eller visa på fakta. I innehållsanalysen kan författaren välja på manifest eller latent innehåll. En manifest innehållsanalys innebär en analys av det man direkt får fram och som framhålls som det uppenbara och synliga i texten. Medan en latent innehållsanalys fokuserar på det underliggande i texten, det dolda och som kräver en djupare tolkning (Graneheim & Lundman, 2004).

Materialet lästes igenom noggrant ett antal gånger för att få en bild och en helhet av själva sammanhanget i allt som beskrivits under intervjuerna. Meningar och fraser som var relevant för frågeställningarna plockades ut men omgivande text togs med så att sammanhanget kvarstod. Dessa meningar och fraser kallas för meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades i syfte att texten skulle förkortas utan att det viktiga huvudinnehållet försvann. Därefter granskades det kondenserade materialet för att få fram en kod vilken

återspeglade det centrala innehållet i intervjuerna. Dessa sorterades sedan utifrån skillnader och likheter och delades in i subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. *Exempel ur analysprocessen med meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, kod, subkategori och kategori.*

Meningsbärande enhet	Kondenserade menings bärande enheter	Kod	Subkategori	Kategori
... det här var ju ett nytt sätt att tänka, just de här med att lyfta fram patientens egen förmåga till förändring...	Nytt tankesätt. Lyfta fram patientens egen förmåga till förändring	Lyfta patientens egen förmåga	MI lockar fram egna resurser och motiverar patienten	MI lockar fram egna resurser och motiverar patienten
... ställer man öppna frågor så berättar patienten mer om sig själv man får fram mycke mera av patienten...	Öppna frågor berättar patienten berättar mer om sig själv, får fram mycket mer	Öppna frågor får fram mer av patienten	Öppna frågor leder till innehållsrika svar	Verktyg som hjälper till att motivera patienten

2.6 Forskningsetiska överväganden

Studien genomfördes ur ett personalperspektiv och syftet med studien var att ta reda på distriktssköterskornas erfarenheter och reflektioner i sitt hälsoarbete med patienter. Tillstånd om att utföra studien inhämtades skriftligt från berörda verksamhetschefer. Deltagandet var frivilligt och distriktssköterskorna kommer inte att kunna härledas till studien. De informerades muntligt och skriftligt om att de när som helst fick avbryta intervjun utan att för den skull förklara varför. Studenter och forskare måste ta hänsyn till deltagarnas rättigheter i studier vilka involverar människor och säkerställa att rättigheterna skyddas (Polit & Beck, (2011). Materialet behandlas konfidentiellt och hålls inlåst och när uppsatsarbetet är godkänt kasseras materialet. Alla forskare ska ta hänsyn till och värna om deltagarnas integritet. Enligt (Helsingforsdeklarationen, 2008) ska forskningen vara hälsofrämjande, till nytta och inte utsätta deltagarna för skada.

3. Resultat

Utifrån den manifesta innehållsanalysen bildades tre kategorier ”MI innebär ett ödmjukt förhållningssätt” ”Verktyg som hjälper oss att motivera patienten” samt ”Arbetet underlättas

med hjälp av MI”. Dessa kategorier presenteras som rubriker och i den löpande texten subkategorier och citat. För att presentera vad som ordagrant framkommit i intervjuerna får citaten får bibehålla den levande texten.

3.1 MI innebär ett ödmjukt förhållningssätt

Under kategorin ”MI innebär ett ödmjukt förhållningssätt” framkom subkategorierna *Betonar självbestämmande och delaktighet*, *MI lockar fram egna resurser och motiverar patienten*, *MI hjälper till att hantera motstånd*.

3.1.1 MI betonar självbestämmande och delaktighet

I subkategorin *MI betonar självbestämmande och delaktighet* beskrev distriktssköterskorna att de erbjuder patienten information om t.ex. ett hälsosamtal angående rökavvänjning, viktnedgång eller t.ex. hur patienten ser på sina motionsvanor. Distriktssköterskorna beskrev att deras MI medvetande gjorde att de gick varsamt fram och att de var medvetna om att samtalet var till för patienten och att de själva inte fick lägga värderingar i huruvida behovet av en livsstilsförändring borde ske eller ej. Upplevelsen av att de var tvungna att respektera om patienten avböjer information eller deltagandet i hälsosamtalet kunde vara frustrerande men i MI ingår det att respekt måste hysas till patienten. Vidare förklarade distriktssköterskorna att det ändå är patientens val och patientens hälsa men att de hoppades och trodde att de sått ett frö till en förändring som skulle bli av i framtiden. De beskrev också att det endast var ett fåtal patienter som inte var samarbetsvilliga. Distriktssköterskorna förklarade vidare att MI gjorde att de inte använde några pekpinningar eller förmaningar.

”... patienten kan ju ha väldigt dåliga levnadsvanor men är inte ett dugg motiverade till någon förändring, men jag brukar försöka få med patienten ändå men går det inte då är det ju så, de är ju patientens val å jag kan ju inte tvinga någon.”

3.1.2 MI lockar fram egna resurser och motiverar patienten

Under subkategorin *MI lockar fram egna resurser och motiverar patienten* framkom från distriktssköterskorna att de hade samma uppfattning av att svaret till att lösa problemet hade patienten själv. MI metoden gjorde att distriktssköterskorna inte gav patienten svaret utan att det var deras uppgift att hjälpa patienten att finna sina egna resurser. Med hjälp av MI metoden försökte de locka fram patientens egna resurser och stärka den egna förmågan.

”... de allra största tycker ja är ju att man ska liksom framkalla tanken så att dom kommer på de själv.”

Stöttning i självtilliten och i den egna förmågan beskrev distriktssköterskorna som en stort och betydelsefullt engagemang. MI får distriktssköterskorna att stötta och uppmuntra patienten, detta är betydelsefullt om denne skulle lyckas med en livsstilsförändring. Motivationen kunde också öka hos patienten om denne blev stärkt under samtalet beskrev distriktssköterskorna. Att vara lyhörd för patientens behov av stöttning, var väldigt viktigt då behovet av stöttning i bland kunde vara extra stort var något distriktssköterskorna hade erfarenhet av. Distriktssköterskorna ringde också till sina diabetes- och FYSS patienter om de hade märkt att extra stöttning behövdes framkom det under intervjun.

”... jag försöker alltid att få patienten att känna sig värdefull... det bästa är när man får en patient som får bättre tilltro till sig själv, jag har en patient som varit rökfri i 5 veckor nu efter att ha försökt att sluta röka mellan 50-60 gånger under sitt liv, å han hade ju låg tillit till sig själv, jätteroligt verkligen att lyfta honom i det här.”

3.1.3 MI hjälper till att hantera motstånd

Under subkategorin **MI hjälper till att hantera motstånd** redogjorde distriktssköterskorna att det gick lättare att hantera motstånd med hjälp av MI i samtalet. Att hantera motstånd från patienten under samtalet kunde de göra genom att lirka med motståndet, eller att rulla med motståndet som att backa ett steg i samtalet, göra en reflektion eller att bekräfta vad som framkommit under samtalet beskrev distriktssköterskorna. Vidare framkom det under intervjuerna att de var eniga om att de allra flesta patienterna ”gick att få med på tåget” men att det var viktigt att uttrycka enligt MI så att patienten förstod vad de menade då motstånd kan bero på brist i kommunikationen i själva samtalet.

”... brukar backa lite vid motstånd men jag vänder mej till patienten ändå liksom, å tar en bit i taget men det är viktigt att patienten inte går härifrån med negativa känslor...”

”... möts jag av motstånd kan jag ta det vid nästa tillfälle, jag brukar inte släppa patienten på en gång, en del patienter träffar man ju flera gånger.”

3.2 Verktøy som hjälper till att motivera patienten

Kategorin ”verktøy som hjälper till att motivera patienten” framkom av subkategorierna *Aktivt lyssnande ger ökad patientkännedom*, *Utforskar situationen*, *Öppna frågor leder till innehållsrika svar*.

3.2.1 *Aktivt lyssnande ger ökad patientkännedom*

Under subkategorin *Aktivt lyssnande ger ökad patientkännedom* framställdes av distriktssköterskorna genom deras erfarenhet av MI som ett grundläggande verktøy för att hjälpa dem att motivera patienten vilket var lättare om de hade satt sig in i problemet. Det bidrog också till att få en ökad bild av patientens mående, behov och tankar framkom det av distriktssköterskorna under intervjun. Att MI genom sitt reflekterande och summerande under samtalsgången över det som berättats gjorde att patienterna kände sig delaktiga och det betydde mycket för patienterna att de upplevde att någon lyssnade på dem beskrev distriktssköterskorna. Vidare fick de in mera information genom aktivt lyssnande som handlar om patientens anamnes vilken gav en värdefull bild under samtalen beskrev distriktssköterskorna. Av distriktssköterskornas erfarenheter framkom att de nådde fram till patienten med hjälp av MI på ett bättre sätt och att samtalskvaliteten blev bättre än innan de började använda MI, även att budskapet togs emot bättre av patienten. Om samtalen berörde övervikt hos barn, vilket BVC sköterskorna ansåg vara betydelsefulla samtal upplevdes MI metoden av distriktssköterskorna som ett hjälpmedel då föräldrarna kom till insikt att en förändring bör göras beskrev distriktssköterskorna under intervjuerna.

”Idag hinner ju nästan ingen lyssna fullt ut patienten för det är ju så stressigt inom vården å då är MIs aktivt lyssnande bra.”

3.2.2 *Utforskar situationen*

Under subkategorin *utforskar situationen* beskrev distriktssköterskorna att MI bidrar till att de får en betydelsefull uppfattning genom att utforska situationen om hur motivationen och villigheten såg ut hos patienterna gällande en livsstilsförändring. Men också att de utforskade patientens tilltro till rökfrihet och att vidmakthålla en rökfri väg. Vidare hjälpte MI dem att utforska patientens ambivalens, vad som är bra eller mindre bra med att förändra eller inte förändra sina livsstilsvanor, att försöka få patienten att bli medveten. Distriktssköterskorna beskrev att det var viktigt att utforska och ta reda på patientens motionsvanor, vad de vet, kan

och har erfarenhet av sedan tidigare så att de ställde rätt frågor och gav rätt information som handlade om just den aktiviteten som den patienten tyckte om att göra.

”... jag tar reda på så mycket så jag vet vad patienten tycker om i form av motion för jag kan ju inte säga att någon som hatar att simma ska göra det.”

3.2.3 Öppna frågor leder till innehållsrika svar

Under subkategorin *öppna frågor leder till innehållsrika svar* beskrevs genom distriktssköterskornas kunskap av MI som ännu ett grundläggande verktyg. Vid öppna frågor fick distriktssköterskorna mer uttömmande och innehållsrika svar från patienten. Dessutom inbjuder öppna frågor patienten att berätta fritt och det minskar risken för att någon viktig information eller tanke från patienten missas beskrev distriktssköterskorna. Vidare beskrev distriktssköterskorna genom sitt kunnande i nom MI att patienten utvecklar diskrepans, hur det ser ut nu och hur patienten önskar att det såg ut. De fick också igång bättre samtal med patienten och patienten upplevdes mer samarbetsvillig och att öppna frågor bidrog till ett bättre samtals klimat då de ställde öppna frågor beskrev distriktssköterskorna.

”... jag jobbar alltid med öppna frågor i samtal så man får igång ett samtal.”

”... hur du ser på fysik träning, vill du berätta för mig om hur du själv ser på dina motionsvanor...”

3.3 Arbetet underlättas med hjälp av MI

Under kategorin ”Arbetet underlättas med hjälp av MI” framkom subkategorierna: *MI ger positivt utfall, MI är oftast en bra metod, MI är inte alltid lämpligt, Finns olika hinder.*

3.3.1 MI ger positivt utfall

Distriktssköterskorna skildrade *MI ger positivt utfall* med känslor som stod för sann glädje. De beskrev att de kände sig tillfreds över sitt arbete då en patient lyckas med något som gagnade patienten positivt med hjälp av användandet av MI, vilket kunde vara allt från en livsstilsförändring till ett beslut gällande en livsstilsförändring. De betonade också att de ibland kunde bli rörda och känslomässigt påverkade då patienten lyckades med en livsstilsförändring av något slag. Distriktssköterskorna beskrev också att en del patienter blev medvetna om sidovinster, att motion kunde sänka blodtrycket och detta i sin tur kunde medföra att blodtrycksmedicinen inte behövdes eller kunde minskas i styrka. Det fanns också goda resultat för diabetespatienter som ”rätt som det var” visade bättre blodsockervärden

betonade distriktssköterskorna under intervjuerna. Vidare betonade distriktssköterskorna att arbetet kunde upplevas motigt ibland och för några distriktssköterskor ”tog det på krafterna” men i det stora hela var de mycket nöjda i sin roll då MI metoden bidrog till positiva utfall framkom det under intervjuerna

”...han hade gått ner i vikt när han kom tillbaka efter sommaren å han hade gjort en stor livsstilsförändring som hette duga å hade varit min patient i 6 år.”

3.3.2 MI är oftast en bra metod

Distriktssköterskorna beskrev under subkategorin **MI är oftast en bra metod** att MI verkligen var en bra metod och samtliga verkligen var överens om detta. Detta var också författarens tolkning, att distriktssköterskorna såg MI som ett hjälpmedel och att det uttryckte att det var en bra samtalsmetod. Vidare beskrev de att de använde sig av MI vid hälso- och diabetessamtal, vid rökavvänjning, på BVC, på läkarmottagningen i mån av tid, några använde sig av MI i telefonrådgivning och någon även vid hembesök. Distriktssköterskorna märkte att patienterna var mera avslappnade under ett MI samtal än ett traditionellt samtal med enbart råd. De upplevde MI som rolig och bra att använda och såg det som positivt, en distriktssköterska kände en ”WOW” upplevelse över det nya tänket. MI bidrog till att det inte blev någon argumentation eller kritik mot patienten längre vidare att användandet av MI bidrog till ett bättre samtalsklimat. Distriktssköterskor använde mer eller mindre MI metoden nästan dagligen och genom att lyssna på vad patienten har att säga och att reflektera och summera och använda sig av själva MI tänket i samtalet, MI gjorde att samtalet blev så bra framkom det. Distriktssköterskorna betonade att MI var en givande och bra samtalsmetod men att det krävdes träning för att känna sig trygg och få till ett bra samtal. De förklarade att utbildning var värdefullt då det krävdes en viss träning för att behärska metoden på ett bra sätt, vidare förklarade de att efter en MI utbildning skulle man börja utöva metoden direkt. Distriktssköterskorna förklarade att andra yrkesgrupper med fördel också behövde utbildning i MI. Vidare beskrev distriktssköterskorna att de inte alltid använde sig av alla delar under ett samtal men att MI metoden att de delar de valde ut fungerade bra beskrev de.

”... jag brukar säga att om man ska lära sig att cykla använder man stödhjul... MI kan ses som stödhjul fast i ett samtal.”

3.3.3 MI är inte alltid lämpligt

Under subkategorin **MI är inte alltid lämpligt** beskrev distriktssköterskorna att det inte alltid var lämpligt att använda sig av MI. Detta förklarades av distriktssköterskorna att vid akuta fall fokuserade på de riktlinjer som gällde då. Vidare framkom under intervjuerna att några distriktssköterskor inte använde MI i telefonrådgivningen då de behövde få fram snabba höginformativa svar om varför patienten sökte vård. Uppfattningarna var dock olika beskrev distriktssköterskorna då vissa av dem använde sig frekvent av MI i telefonrådgivningen. Under intervjuerna framkom att MI användes sparsamt till patienter med någon form av psykisk diagnos då det kunde vara svårt för patienten att förstå vissa delar av tekniken förklarade distriktssköterskorna. Vidare framkom det av en BVC sköterska att det inte alltid lämpar sig med MI på BVC då det framkom av en annan BVC sköterska att det gick alltid att använda sig av MI. Distriktssköterskorna förklarade att samtal som krävde tolk var tidskrävande och erfarenheten som distriktssköterskorna hade av tolksamtal var att de var skeptiska och tveksamma till om hälsosamtalen då höll måtten.

”... inte så lyckat med tolksamtal, de är dåliga på att översätta och samtalen blir väldigt tidskrävande, jag hade en somalisk kvinna hos mig... ja jag hoppas att jag fick med det viktigaste i alla fall...”

3.3.4 Finns olika hinder

Under subkategorin **Finns olika hinder** beskrev distriktssköterskorna att det fanns svårigheter att nå fram till en patient. Detta kunde bero på förklarade distriktssköterskorna att patienten kanske inte var mottaglig för någon information. Patienten fick kostråd som de inte följde eller att de följde råden men att det inte blev riktigt rätt ändå eller att de inte tog råden på allvar beskrev distriktssköterskorna under intervjuerna. De beskrev vidare att föräldrar på BVC kunde hamna i försvarsställning om det blev prat om barnets övervikt eller föräldrarna om hade bestämt sig för att inte sluta röka t.ex. Det kunde också vara några patienter som helt enkelt avböjde hälsosamtal förklarade distriktssköterskorna. Vidare betonade de att tidsbrist på läkarmottagningen var en bidragande faktor till att inte använda MI.

”... en del patienter vill helt enkelt inte göra någon livsstilsförändring...”

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med den föreliggande studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet och reflektioner av MI. Att stötta och uppmuntra patienten var något distriktssköterskorna erfor betydelsefullt om denne skulle lyckas med en livsstilsförändring. Distriktssköterskornas uppfattning av att svaret till att lösa problemet hade patienten själv, men att det var viktigt att stötta i den egna motivationen. Distriktssköterskorna upplevde att aktivt lyssnande gjorde det lättare att motivera patienten då man satt sig in i problemet, man fick också en värdefull anamnes. Genom att ställa öppna frågor fick de mera uttömmande svar genom att patienten berättade fritt, samtalsklimatet med patienten upplevdes som enklare och att patienten upplevdes mera avslappnad. Att MI var en bra metod var samtliga distriktssköterskor verkligen överens om. Detta var också författarens tolkning, att distriktssköterskorna verkligen såg MI som ett stöd och ett hjälpmedel. De använde sig inte alla delarna av MI vid varje möte med patienten utan plockade vissa delar men de hade reflekterat över att samtalet fungerade bra i alla fall. Distriktssköterskorna betonade att MI var en givande och bra samtalsmetod med goda förutsättningar att lyckas hjälpa en patient till förändring men att det krävdes träning för att få ett bra samtal. De förklarade att utbildning var värdefullt och att det krävdes en viss träning för att känna sig trygg i metoden och få till ett samtal på ett bra sätt.

4.2 Resultatdiskussion

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de använde sig dagligen av samtalsmetoden MI och att de var av uppfattningen att det är en bra och effektiv metod när patienter stod inför en livsstilsförändring. Tidigare forskning visar enligt Rubak et al. (2005) i sin metaanalys att MI hade mer effekt än traditionella råd vid behandling av beteendeproblem och sjukdomar när patienter behöver hjälp med sin livsstilsförändring. I föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna att de uppskattade att de hade utbildning i MI och tyckte att de behärskade metoden förhållandevis bra. Flera studier Brobeck (2011) och Söderlund et al.(2010) har påvisat att MI är ett användbart verktyg för distriktssköterskan i mötet med patienter som är i behov av att ändra sitt beteende. Då distriktssköterskorna i föreliggande studie ansåg att MI var en bra metod som gav goda förutsättningar men för att känna sig trygg i rollen är utbildning betydelsefullt. Det påvisas i en studie av Brobeck et. al (2011) som beskrev att distriktssköterskorna måste träna på MI för att kunna använda det på ett bra och framgångsrikt sätt menar (Brobeck, 2011). Kunskap, insikt och strategier har betydelse för att

få patienten motiverad, då motivationen ibland kan växla i relation till situation och omständigheter (Falskunger & Hemmingsson, 2005). Van Nes och Sawatzky, (2010) belyser i sin studie att MI verkligen har effekt då det handlar om att få patienten involverad i sin sjukdomsbild. Då det handlar om de stora riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom hade traditionella råd minimal effekt på patienterna medan det visade sig att MI hade effekt. De belyser också att primärvården kunde ta del och utnyttja detta.

Teorin beskriver att enligt HBM är sannolikheten för att en individ ska engagera sig i ett förebyggande hälsosamt beteende beroende på hur allvaret uppfattas kring de sjukdomar individen löper risk för. I patientens bedömning av att ändra på sitt beteende eller inte, ingår en uppskattning om fördelarna med beteendeändringen överstiger nackdelarna, i de fall fördelarna överväger ökar chanserna till en beteendeförändring.

I en studie av Beckham, (2007) vars syfte var att undersöka effekten av MI bland människor som befann sig i ett riskbruk av alkohol i Sydöstra Idaho framkommer att patienterna sökte sig till primärvården för att få hjälp. Två grupper genomgick tester bland annat leverprover, och i den grupp där man använde sig av MI minskade både alkoholkonsumtion och patienterna fick bättre levervärden än den andra gruppen med en annan behandlingsmetod. Detta indikerar på att MIs tillvägagångssätt ansvarade för den betydande delen av positiva förändringar menar (Beckham, 2007). Det framkommer även i en SBU rapport, (2001) att MI hade effekt på personer med en riskfylld alkoholkonsumtion. Ytterligare goda resultat av MI belyser Buskirk och Wetherell, (2014) i sin metaanalys att MI visar. Och därmed med fördel kan användas som metod för hälsobeteende inom primärvården. Effekten påvisade störst resultatet vad det gällde viktminskning. MI visade goda resultat även då patienterna var i behov av att sänka sitt blodtryck men även hos patienter vilka hade ett drogmissbruk visade de sig att MI var effektivt. MI strategin visade sig vara betydelsefull när det gällde att förbättra beredskap och att ändra hälsobeteende. Tidigare och äldre forskning finns Zimmerman, (1996) påtalar att strategier inom MI gör att individer som genomgått metoden har stor chans att vidmakthålla de förändrade beteendet. Det finns flera studier (Forsberg et al. 2006, Söderlund et al. 2010, Bricker och Tollison 2011) där man har jämfört MI med andra metoder, som till exempel vanlig rådgivning och ACT - Acceptance and Commitment Therapy som används inom psykoterapin. Samtliga av dessa studier har visat att MI är effektivare än andra samtalsmetoder enligt både sjuksköterskor och patienter. Att MI är bättre än rådgivning framkom även i föreliggande studie då distriktssköterskorna upplevde att de får med sig patienten på ett annat sätt än med traditionell rådgivning. Då Lundahl et al. (2010) menar i sin metaanalys att MI ger likvärdig effekt

jämfört med andra behandlingsmetoder. Behandlingstiden visade sig dock vara kortare vid användandet av MI jämfört med andra behandlingsmetoder Lundahl et al. (2010).

Lindqvist et al. (2013) belyser däremot i sin studie att MI gav resultat. I studien jämfördes två rökavvänjningsgrupper. Den ena gruppen genomgick en standardbehandling för rökavvänjning och den andra gruppen genomgick MI metoden. Deltagarna fick med egna ord berätta hur de upplevde behandlingarna/samtalen vilket visade en statistiskt signifikant skillnad mellan de båda metoderna där MI då ansågs vara den mest effektiva (Lindqvist et al. 2013). I motsats till detta framkom det ur en SBU rapport (2014) där syftet var att bland annat undersöka om MI hade bättre effekt på diabetespatienters och deras HbA1c än när traditionell rådgivning användes. Det gjordes en sammanställning av vetenskapligt underlag gällande diabetespatienter vid möten både individuellt och i grupp. I sammanställningen framkom att MI inte hade någon betydande effekt på just HbA1c jämfört med kontrollgruppen vid mätningar efter 6 månader upp till 1 år. I föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna att de kunde bli överaskade över att någon patients blodsocker visade sig hade blivit så mycket bättre efter en tid. Distriktssköterskorna beskrev att de flesta diabetespatienter var lyhörda i samtalet med distriktssköterskan. Vidare beskrev distriktssköterskorna att kunskapen inom MI gör att de öppnar möjligheter och lockar fram patientens egen motivation och får patienten ”med på tåget” i de flesta hälsofrämjande samtalen. De erbjuder och genomför betydelsefulla hälsosamtal och hjälper patienter att ändra sin livsstil.

4.3 Metoddiskussion

Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör en kvalitativ studies trovärdighet (*trustworthiness*) granskas utifrån tre begrepp; ”credibility” (giltighet), ”dependability” (tillförlitlighet) och ”transferability” (överförbarhet). Begreppet ”credibility” förklarar studiens giltighet. ”Dependability” menas materialets pålitlighet och stabilitet och med ”transferability” beskrivs som materialets överförbarhet.

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskornas upplevelser och reflektion av Motiverande samtal. För att på bästa sätt svara på syftet genomfördes studien som en kvalitativ intervjustudie med deskriptiv design. Ändamålsurval användes då deltagarna valdes utifrån kriterier som är relevanta för studiens ändamål. Semistrukturerad intervjuguide användes, samtliga av studiens deltagare fick samma frågor vilka har öppna svarsalternativ. Då författaren ville att distriktssköterskorna skulle berätta om sina erfarenheter och reflektioner inom ett visst område så passade semistrukturerad intervjuer bra. (Polit & Beck, 2006). Valet av forskningsmetod beror på vad man vill ha svar på i sin forskning. För studiens

trovärdighet är det viktigt att välja den mest lämpliga datainsamlingsmetoden (Graneheim & Lundman 2004).

Då föreliggande studies deltagare var i varierande ålder med olika bakgrund och arbetade på olika arbetsplatser vilka låg på olika orter stärks giltigheten eftersom spridningen på deltagarna var bred. Intervjuerna som varade ca 30 minuter vardera ägde rum på distriktssköterskornas privata mottagningsrum. Det förekom inte några störande hinder under tiden intervjuerna spelades in. Före och efter intervjun fanns tid för ”allmänt småprat”. Detta upplevdes som positivt då det blev en mera avslappnad situation och klimatet mellan intervjuaren och distriktssköterskorna var gott under hela intervjubesöket. Distriktssköterskorna fick själva bestämma datum, tid och plats för intervjuerna. Förutom distriktssköterskornas traditionella mottagningsarbete arbetade de även som diabetes- BVC-astma och kol sköterskor samt hälsosamordnare. Intervjuerna genomfördes under en femveckorsperiod.

Tillförlitligheten i studien stärks genom att ursprungstexten har använts under hela tiden och handledaren har varit delaktig under hela analysprocessen. Tillförlitligheten styrks även med citat från distriktssköterskorna i den löpande texten. De meningsbärande enheterna som resulterat i subkategorier och kategorier är relevanta och lämpliga för studiens innehåll och syfte vilket ytterligare stärker tillförlitligheten. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys vilken är lämplig om man vill öka sin kunskap, ge nya insikter eller visa på fakta (Graneheim & Lundman, 2004).

Vad gäller studiens överförbarhet beskriver i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang eller grupper i samhället. Författaren kan ge förslag på överförbarhet men det är läsaren själv som måste avgöra om det finns överförbarhet i andra sammanhang. Författaren till föreliggande studie har noggrant beskrivit urvalsmetod, deltagare, datainsamlingsmetod och analys vilket enligt Polit och Beck (2006) ökar överförbarheten.

En svaghet i studien kan vara att författaren inte var någon van intervjuare. Har den erfarenheten funnits hade svaren eventuellt blivit ännu mera uttömmande då frågorna kanske ställts med mera ”tyngd”. Författaren har gjort reflektioner över om det hade blivit någon skillnad i resultatet än det som framkommit *att deltagarna i studien upplevde MI som stöd och hjälp vid hälsosamtal och då patienter ska göra en livsstilsförändring*, om deltagarna varit manliga distriktssköterskor. Vidare har författaren även gjort reflektioner över om tiden för examensarbetet hade varit förlängd och om intervjuerna hade utökats med ett större antal distriktssköterskor hur resultatet hade sett ut då. Slutligen om resultatet hade påvisat någon

skillnad om intervjuerna riktats enbart på distriktssköterskor som endast arbetar i storstäder kontra på landsbygden.

4.4 Kliniska implikationer

I föreliggande studie framkom att distriktssköterskorna upplevde och reflekterade MI som en bra samtalsmetod och som ett stöd en hjälp att använda vid hälsosamtal eller då patienten står inför en livsstilsförändring. Distriktssköterskorna har en stor och betydande roll i sitt hälsofrämjande arbete. Primärvården är en betydande organisation för patienter som är i behov av att göra en livsstilsförändring. Förväntningarna på att personal inom hälso- och sjukvård ska motivera patienter till sundare levnadsvanor ökar Lakerveld et al. (2013). Den positiva inställning som distriktssköterskorna har till att hjälpa och stötta patienter i ett betydande hälsofrämjande arbete gör att de skulle satsas på. Möjlighet till mera utbildning i form av påbyggnadskurser skulle erbjudas. Framförallt chefer inom vårdsektorn borde prioritera dessa utbildningar/kurser. Även andra organisationer skulle beakta sin personal och de skulle också ha nytta av MI metoden. Författaren anser att studiens resultat samt litteraturen påvisar att fler distriktssköterskor skulle behöva utbildning, både vad gäller grundutbildning men också vidareutbildning inom MI.

Studien är betydelsefull då den belyser det viktiga hälsofrämjande arbetet som distriktssköterskorna verkligen gör. Deras kunskap inom MI gör att de öppnar möjligheter för patienten i de flesta hälsofrämjande möten. De erbjuder och genomför betydelsefulla hälsosamtal och får till och med patienter att ändra sin livsstil. Den förändringen har både patienten, sjukvården och samhället nytta av.

4.4.1 Fortsatt forskning

Fortsatt forskning inom ämnet distriktssköterskors uppleveler och reflektioner av MI kan med fördel göras då det finns få studier som beskriver distriktssköterskors erfarenheter av MI (Östlund et al. 2013). Det skulle vara intressant att göra en studie om manliga distriktssköterskors upplevelser och reflektioner av MI. Om resultatet då blivit detsamma.

4.4.2 Slutsats

Det framgick i studien att distriktssköterskorna upplevde att i och med användandet av MI vilket gav stöd och hjälp i hälsosamtalet gavs det goda förutsättningar och möjligheter att de skulle lyckas med att motivera en patient som står inför en livsstilsförändring.

5. Referenser

Barberia, A.M., Attree, M. & Todd, C. (2008) Understanding eating behaviours in Spanish women enrolled in a weight-loss treatment. *Journal of Clinical Nursing* (17), 957-966.

Barth, T. & Näsholm, C. (2006) *Motiverande samtal-MI*. Lund: Studentlitteratur.

Beckham, N. (2007) Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*. **19** (2), 103-1110.

Bjärå, G. & Kanström L. (2000) *Folkhälsokunskap*. Borås: Centraltryckeriet.

Blizzard Tripp, S., Templeton Perry, J., Romney, S. & Blood-Siegfried, J. (2011) Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric Office. *Journal of Pediatric Nursing* (26), 474-479.

Bricker, J.B. & Tollison, S.J. (2011) Comparison of Motivational Interviewing with Acceptance and Commitment Therapy: A conceptual and clinical review. *Behaviour Cognitive Psychotherapy* **39**(5), 541-559.

Britt, E., Hudson, S.M. & Blampied, N. M. (2004) Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling* (53), 147-155.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hilding, C. (2011) Primary healthcare settings nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing* (20), 3322-3330.

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hilding, C. (2013) Health promotion praxis and its implementation in Swedish healthcare. *International Nursing Review* **60** (3), 374-80.

Brown, I. (2006) Nurse's attitudes towards adult patients who are obese: litteratur review. *Journal Of Advanced Nursing* (53), 221-232.

Distriktssköterskeföreningen, (2008) *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*.

<http://www.distriktsskoterska.com/>

Åtkomst 141209

Eklom, B. & Nilsson, J. (2000) *Aktivt liv: Vetenskap & praktik*. Farsta: SISU idrottsböcker.

Eshan, N.F. (2013) Predischage education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing and Health Sciences* (15), 273-279.

Falskunger, J. & Hemmingsson, E. (2005) *Vardagsmotion Vägen till hållbar hälsa*. Forum.

Folkhälsans årsrapport (2013). *Folkhälsan i Sverige*.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>
Åtkomst0141209.

Forsberg, L. (2006) *Motiverande samtal – bättre än råd*. Läkartidningen. 42, 1-7.

Graneheim, U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24) 105-112.

Helsinforsdeklarationen (2008). *Etiska principer för medicinsk forskning på människor*.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
Åtkomst141209

Holm Ivarsson, B. (2012) MI - motiverande samtal i hälso- och sjukvården: *praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. 2:a upplagan. Stockholm: Gothia

Hultgren, S. (2008) *Fysisk aktivitet Folkhälsa Beteendeförändringar: En beteendevetenskaplig betraktelse*. Stockholm: Elanders AB

Hälso- och sjukvårdslagen (1982, *Svensk författningssamling* 1982:763. Stockholm; Riksdagen.

Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L., Nyström, M. & Johansson, H. (2013) Lifestyle interventions in primary healthcare: professional and organizational challenges. *European Public of Journal Health* **24**(1), 79-84.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., Tulder, M., Kostense, P., Dekker, J. & Nijpels, G. (2013) Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* **10**(47). doi:10.1186/1479-5868-10-47

Lannerö, E., Wickman, M. & Van Hage, M. (2008) Exposure to environmental tobacco smoke and sensitisation in children. *Thorax* (63), 172-176.

Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. (2010) A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research On Social Work Practice* **20**(2), 137-160.

- Markland, D., Ryan, MR., Tobin, J.V & Rollnik, S. (2005) Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* (24), 811-831.
- Miller,S.& Rollnick, W.R (1995) What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (23), 325-334.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2013) *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Miller, W. & Rose, G. (2009) Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist* (64), 527-537.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
- Polit, F.D. & Beck, C.T. (2006) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Persson, G., Danielsson, M., Rosén, M., Alexandersson, K., Lundberg, O., Lundgren, B., Stenbeck, M. & Wall, S. (2006) Health in Sweden: *The National Public Health Report 2005. Scanvinavian Report of Public Health* (34), 3-10.
- Rikshandboken (2013). *Barnhälsovård*.
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Grunda-sunda-vanor/Stod-i-halsosamtalet-pa-BVC/>
 Åtkomst 150517
- Rikshandboken (2013). *Barnhälsovård*.
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Vid-vilka-aldrar-och-hur-mater-BVC-barn/>
 Åtkomst 150517
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005) Motivational Interviewing: a systemic review and a metaanalysis. *The British Journal Of General Practice* **55**(513), 305-312.
- Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T. & Christensen B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* (55), 305-312.
- Rydén, O. & U. Stenström (1994) *Hälsopsykologi, psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonniers.
- Savolainen, J., Kautiainen, H., Meittola, J., Niskanen., L. & Mentyselkä, P. (2014)

Low quality of life and depressive symptoms are connected with an unhealthy lifestyle
Scandinavian Journal of Public Health (42), 163–170.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2009). *Patientutbildning vid diabetes, en systematisk litteraturstudie* (SBU-rapport, 195). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utredning (2014). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* (SBU-rapport, 156. 2001). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning.

Statens beredning för medicinsk utredning (2014). *Patientutbildning vid diabetes*. (SBU-rapport, 195. 2009) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning

Shinitzky, H.E. & Kub, J. (2001) The Art of Motivating Behavior Change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing* (3), 178-185.

Statens Folkhälsoinstitut (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso-och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikationsförslag och exempel på tillämpning.*

<http://www.fhi.se/PageFiles/3247/r200433halsoframjandehalsosjukvard.pdf>

Åtkoms141214

Socialstyrelsen (2010). *Stor satsning mot ohälsosamma levnadsvanor.*

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/satsningmotohalsosammalevnadsvanor>

Åtkomst 150519

Socialstyrelsen (2010b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010 – Preliminär version.*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18147/2010-10-15.pdf>

Åtkomst 141209

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.*

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>

Åtkomst 141213

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.*

<http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Sweden%20treatment%20guidelines%20in%20Swedish%202011.pdf>

Åtkomst 150513

Socialstyrelsen (2014). *Motiverande samtal.*

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal>

Åtkomst 150506

Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. L. & Montoya, J. (2006) A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice* (56), 768-774.

Söderlund, L.L., Malmsten, J., Bendtsen, P. & Nilsen, P. (2010) Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal* **69**(4), 390-400.

Van Buskirk, K.A. & Wetherell, J.L. (2014) Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavior Medicine* **37**(4), 768-80.

Van Nes, M. & Sawatzky, J.A. (2010) Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of American Academy of Nurse* (12), 654-660.

WHO (1948). *Health for all by the year.*

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Åtkomst 141213

WHO (2002). World Health Report 2002. *Reducing risk, promoting health life.* France: World Health Organisation.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Åtkomst 150519

Miller, R.W. & Rollnick S. (2012) *Motivational Interviewing: Helping People Change.* USA: The Guilford Press.

Zimmerman, B.J., Bandura, A. & Martinez- Pons, M. (1992) Self-Motivation for academic attainment : the role of self-efficacy beliefs and personal goal Setting. *American Educational Research Journal* (29), 663-676.

Österlund,-Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K. & Klang, B. (2011) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurseled chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing* (4), 767- 782.

Östlund, A.S., Wadensten, B., Häggström., E. & Kristofferzon, M.L. (2013) District nurses and registered nurses training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing* (23), 2284-2294.