

MAGISTERARBETE



**DISTRIKTSSKÖTERSORS UPPLEVELSER
AV ATT ANVÄNDA MOTIVERANDE
SAMTAL**

-EN INTERVJU STUDIE

Jenny Johansson

Blekinge Tekniska Högskola
Magisterarbete 2014
Vårdvetenskap
Institutionen för Hälsa
371 79 Karlskrona

DISTRIKTSSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT ANVÄNDA MOTIVERANDE SAMTAL -EN INTERVJUSTUDIE

Jenny Johansson

Distriktssköterskors upplevelser av att använda motiverande samtal. Vårdvetenskap 15hp, Distriktsjuksköterskeutbildningen 75hp. Höstterminen 2014. Handledare: Mats Lintrup

SAMMANFATTNING

Bakgrund: att motivera människor är en stor del av distriktssköterskans hälsofrämjande omvårdnad och bör vara en naturlig del av hälso- och sjukvården. Många människor söker sig till sjukvården på grund av ohälsosamma levnadsvanor. Motiverande samtal är en enkel metod för distriktssköterskor att använda och har visat sig ha positiva effekter på patienter som är i behov av att ändra sin livsstil.

Syftet: med studien var att belysa hur distriktssköterskor inom primärvården upplever att använda sig av motiverande samtal som metod i möten med patienter som är i behov av livsstilsförändring.

Metoden: som användes hade en kvalitativ ansats. Sex distriktssköterskor intervjuades genom semistrukturerade intervjuer för att samla in data till studien. Det insamlade datamaterialet analyserades sedan med inspiration från Burnards innehållsanalys.

Resultat: Distriktssköterskorna upplevde motiverande samtal som en positiv metod som medförde positiva effekter på patienterna. Genom att använda motiverande samtal upplevde distriktssköterskorna en möjlighet att leda patienter till förändring och komma till insikt. Det som påverkade användandet sig av motiverande samtal var tiden, uppföljningsmöjligheter och distriktssköterskornas utbildningsmöjligheter.

Slutsats: Distriktssköterskorna upplevde motiverande samtal som ett positivt verktyg att använda i möten med patienter i behov av livsstilsförändringar. Det som upplevdes problematiskt var bristen på uppföljningsrutiner, ledningsstöd, tidsbrist och bristen på utbildning.

Nyckelord: distriktssköterskor, intervjuer, motiverande samtal, upplevelser

DISTRICT NURSES EXPERIENCES OF USING MOTIVATING INTERVIEW

AN INTERVIEW STUDY

Jenny Johansson

*District nurses experiences of using motivating interview. Caring Science, 15 ECTS credits
Master Thesis in caring science, District Nursing, Program for Specialist Nursing in Primary
Health Care 75ECTS credits. Autumn semester 2014, Supervisor Mats Lintrup.*

ABSTRACT

Background: motivating people are a big part of the district nurse health promotion and should be a natural part of the health care. Many people contact medical care because of unhealthy lifestyles. Motivational interviewing is a simple method for the district nurses to use and has been shown to have positive effects on patients who are in need to change their lifestyle.

Aim: of this study was to elucidate how district nurses in primary care use motivational interviewing as a method in meetings with patients that are in need of lifestyle changes.

Method: used had a qualitative approach. Six district nurses were interviewed through semi-structured interviews to collect data for the study. The collected data were then analysed with inspiration from Burnard content analysis.

Result: showed that district nurses experienced motivational interviewing as a positive method that had a positive impact on patients, by using motivational interviewing district nurses could lead patients to change and help patients come to knowledge. What influenced the use of motivational interviewing were time monitoring facilities and district nurses training and education opportunities.

Conclusion: the district nurses experienced motivational interviewing as a positive tool to use in encounters with patients in need of lifestyle changes. It was perceived as problematic was the lack of follow-up procedures, management support, lack of time and lack of training.

Keywords: district nurses, interviews, motivational interviewing, experiences

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion	2
Litteratursammanställning	3
Motiverande samtal	3
Distriktssköterskan och motiverande samtal	4
Hälsa och hälsofrämjande omvårdnad	6
Den transteoretiska modellen	7
Folkhälsa	7
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Kontext	10
Datainsamling	10
Dataanalys	10++
Etiska överväganden	12
Förförståelse	12
Resultat	12
Ett verktyg	13
<i>Leda patienter till förändring</i>	13
<i>Leda patienten till insikt</i>	15
<i>Patienten i centrum</i>	15
Betydelsen av kontinuitet	16
<i>Uppföljningens betydelse</i>	16
<i>Tidens betydelse</i>	17
<i>Fortbildningens betydelse</i>	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	21
Slutsats	25
Referenser	26

Introduktion

Enligt Rollnick, Miller, & Butler (2009) lever många människor med en förhöjd risk att drabbas av sjukdom och ohälsa till följd av en ohälsosam livsstil. Fler och fler människor söker sig till sjukvården pga. ohälsosamma levnadsvanor (ibid). Enligt Folkhälsoinstitutet (2010) har var fjärde person två eller flera ohälsosamma levnadsvanor. Det leder till en högre arbetsbelastning och ett ökat resursbehov inom hälso- och sjukvården (ibid). Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2014) så är en av distriktssköterskans viktigaste uppgifter den hälsofrämjande omvårdnaden som bör vara en naturlig del av hälso- och sjukvården. Svensk Sjuksköterskeföreningen (2014) skriver att även om den hälsofrämjande omvårdnaden anses som den viktigaste, så har den inte alltid en självklar plats i vården. Svensk Sjuksköterskeförening (2014) menar att det är i det vardagliga mötet med patienter som distriktssköterskan har störst hälsofrämjande möjligheter, och att distriktssköterskans förhållningssätt i detta möte har avgörande betydelse för hur stärkt patienten blev. Psykologiska reaktioner har en nära koppling till fysiologiska reaktioner och kan stärka människors läkningsförmåga, tankens förväntningar kan generera kroppsliga effekter (Svensk Sjuksköterskeförening 2014).

Enligt Barth och Näsholm (2006) är syftet med motiverande samtal att hjälpa patienter att finna motivation till förändring. Barth och Näsholm (2006) menar att den som utövar motiverande samtal ska guida patienten till möjligheten att känna, tänka, stanna upp och reflektera över sina val och på så sätt lyfta fram sin motivation och genomföra förändring. Enligt Forsberg (2006) visar forskning att motiverande samtals metoder är lätta att lära sig. Utbildning på 2-3 dagar är vanligt, men Forsberg (2006) menar även att forskning visar att kunskaperna försvinner efter några månader utan regelbunden träning. Ett hinder för att implementera motiverande samtal är enligt Forsberg (2006) att den förefaller som väldigt enkel att genomföra och många distriktssköterskor anser att de arbetar efter riktlinjerna och behöver därför ingen eller endast en kort utbildning i tekniken. Enligt Hansson (2004) krävs det delaktighet, stödjande miljöer, kunskap och god strategisk hälsopolitik för att distriktssköterskor ska kunna motivera människor till att ta kontroll och kunna påverka sin egen hälsa. Vid sökning efter tidigare vetenskapliga studier framkommer det att fler studier är gjorda om motiverande samtal ur patienters perspektiv och mindre studier som just belyser

distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal. Som distriktssköterska sker möten dagligen med patienter som är i behov av livsstilsförändringar. För att på bästa sätt kunna hjälpa dessa patienter och för att få en bättre förståelse för vad som krävs för att uppnå livsstilsförändringar behövs en ökad kunskap om metoder som motiverande samtal. Det är därför av vikt att studera hur distriktssköterskor ser på och upplever motiverande samtal, för att kunna identifiera styrkor och svagheter med metoden från distriktssköterskornas perspektiv, samt för att kunna utveckla riktlinjer för metoden. Ny kunskap kan bidra till ökad förståelse och leda till förändringar i praktiken.

Litteratursammanställning.

Motiverande samtal

Enligt Barth och Näsholm (2006) grundades motiverande samtal av den amerikanske professorn William R. Millers, som i början på 1980-talet forskade i motivation och förändringsbeteende inom missbruksvården. Barth och Näsholm (2006) menar att metoden ursprungligen har utvecklats för att öka motivationen till förändring hos individer som fastnat i beroendebeteenden som leder till skada. Enligt Miller & Rollnick (2010) så används idag motiverande samtal kring livsstilsrelaterade ämnen som tobak, alkohol, fysisk aktivitet och kost. Motiverande samtal har utvecklats till ett förhållningssätt och som en personcentrerad samtalsmetodik inom hälso- och sjukvården (Miller & Rollnick, 2010). Enligt Miller och Rollnick (2010) är de fyra grundprinciperna i motiverande samtal att visa empati, strävan efter att utveckla diskrepans, rulla med motstånd och stödja självkompetens. Enligt Barth & Näsholm (2006) är syftet med motiverande samtal att öka motivationen hos individer inför deras beslut om förändring.

Barth & Näsholm (2006) menar att när en individ tar ett förpliktigande beslut får det oftare ett varaktigare resultat. Enligt Barth & Näsholm (2006) så kan individen efter motiverande samtal börja reflektera över sina beteenden. Grunden för motiverande samtal är enligt Barth & Näsholm (2006) att hämta resurser och förebygga motstånd hos individer. Miller och Rollnick (2010) anser att andan i motiverande samtal och det grundläggande är samarbete, där vårdgivaren skapar en miljö som är hälsofrämjande och som inte tvingar till förändring. Miller och Rollnick (2010) menar att genom att framkalla den inre motivationen ger det resurser och motivation till förändring som redan antas finnas inom personen.

Lindhe Söderlund och Thorselius (2012) menar att motiverande samtal är ett stöd för människor att fatta konstruktiva beslut i sina liv när det gäller beteenden och livsföring. Barth

och Näsholm (2006) skriver att motiverande samtal är en personcentrerad samtalsmetod där utgångspunkten är personens upplevelser och prioriteringar. Inge trygghet för att patienten ska våga fråga och för att orka prata om sina svaga sidor ska enligt Barth och Näsholm (2006) prägla atmosfären i samtalet. Lösningar som kommer från patienten själv och är oftast mer hållbara än om någon annan bestämmer (ibid). Willman (2009) skriver att människan betraktas som en fri individ med förmågan att kunna ta ansvar och falla tillbaka på sina egna beslut. Det synsätt som ligger till grund för motiverande samtal enligt Rollnick, Miller & Butler (2009) är en acceptans för att människan själv väljer hur hen vill leva sitt liv, och där människans autonomi respekteras. Rollnick, Miller & Butler (2009) menar att patienters bristande motivation är ett vanligt hinder vid livsstilsförändringar. När en patient uppträder som omotiverad menar Rollnick et.al (2009) att det kan uppstå ett dilemma som innebär att distriktssköterskan gör antagandet att det inte finns något de kan göra för patienten. Enligt Rollnick et.al (2009) är utgångspunkten i motiverande samtal att ingen människa någonsin är helt omotiverad och det går att skapa motivation till förändring hos alla människor.

Distriktssköterskan och motiverande samtal

Cirka 70 % av distriktssköterskans dagliga arbete består av samtal med patienter (Lane, Johnson, Rollnick, Edwards & Lyons, 2003). Barth och Näsholm (2006) menar att distriktssköterskans roll är att leda patienten genom samtalet och hjälpa patienten att reflektera över sig själv och den situation hen befinner sig i. Barth och Näsholm (2006) skriver att distriktssköterskan och patienten utbyter tankar och funderingar och tillsammans försöker finna lösningar för att överföra dessa lösningar till vardagslivet.

Det krävs engagemang av distriktssköterskan för att motivera patienter till livsstilsförändring (Forsberg 2006). I möten med patienter i behov av livsstilsförändring är det enligt Barth och Näsholm (2006) distriktssköterskans roll att hitta vägar för patienten som stimulerar till att börja prata om livsstil, för att på så sätt leda patienten till medvetenhet om vad en bättre livsstil har för konsekvenser. Forsberg (2006) menar att genom att använda sig av motiverande samtal kan distriktssköterskan få patienten att själv lyfta ord och beskriva känslor för att på så sätt öka patientens medvetenhet. Distriktssköterskans funktion är att vara uppmuntrande, stödjande och fungera som ett verktyg för patienten att hitta sin egen inspiration för att göra förändringen möjlig (ibid).

I de flesta fall av beteende förändringar finns det ett motstånd hos patienten (Ortiz 2009). Ortiz (2009) menar att detta motstånd kan bemötas av distriktssköterskan på olika sätt och

bidrar till om motståndet ökar eller minskar. Distriktssköterskor kan enligt Wilhelmsson och Lindberg (2009) uppleva att motstånd skapar frustration i det motiverande samtalet på grund av att patienten kan upplevas sakna motivation. Distriktssköterskan bör ha insikt om att en livsstilsförändring innebär att kliva ut på okänd mark och ängslan och oro över att misslyckas kan var anledningen till motivationsbristen (ibid). McCarley (2009) menar att distriktssköterskor bör undvika konflikter om ett motstånd uppstår i det motiverande samtalet. Det är enligt McCarley (2009) viktigt att undvika motargument och istället fokusera på att visa patienten nya vägar och nya perspektiv och ge patienten verktygen att själv komma fram till lösningar. Enligt McCarley (2009) är det distriktssköterskans attityd inför det motiverande samtalet och gentemot patienten de möter som avgör kvalitén på resultatet. McCarley (2009) menar att för att upprätthålla en öppen kommunikation bör patienten mötas med respekt och fördomsfri respons. Lyssna, ställa öppna frågor och informera är alla viktiga färdigheter som distriktssköterskan bör använda sig av i det motiverande samtalet (ibid). Enligt Wilhelmsson och Lindberg (2009) finns det hinder för att utföra hälsopromotion som motiverande samtal, ett hinder är att det blivit bortprioriterat i jämförelse med medicinska uppgifter. Wilhelmsson och Lindberg (2009) menar att distriktssköterskor saknar stöd och uppföljning på resultat från de aktiviteter som rör förebyggande hälsoarbete som motiverande samtal.

Enligt Söderlund et. al (2010) upplevde distriktssköterskor som gått utbildning i motiverande samtal att deras medvetenhet om möjligheter till rådgivning ökade. De uppfattade att deras insikt om hälsofrämjande åtgärder stärktes (ibid). Socialstyrelsen (2010) skriver att motiverande samtal är en kvalificerad rådgivningsmetod som kräver att distriktssköterskor ska ha kunskap och utbildning i metoden. Det betonar även ICN:s etiska kod för distriktssköterskor. Även Svensk Sjuksköterskeförening (2007) betonar detta genom det personliga ansvar som distriktssköterskor har, att de ska fortsätta utvecklas inom sitt yrke. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2007) så bedöms det idag att distriktssköterskor saknar kompetens för att kunna utföra effektiv samtalsrådgivning och kunna behärska hälsopedagogik. Svensk Sjuksköterskeförening (2007) menar att en kompetenshöjning inom detta område skulle medföra en ökad ekonomisk utgift på kort sikt. I det långa loppet skulle det dock medföra en kostnadsbesparing då befolkningen kommer att möta kompetenta distriktssköterskor och genom detta minska risken för att utveckla olika sjukdomstillstånd (ibid).

Hälsa och hälsofrämjande omvårdnad

Hälsa kan definieras på många olika sätt, den vanligaste definitionen är den som WHO (1998) beskriver ”*ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande*”. Sveriges nationella folkhälsokommitté (2000) definierar hälsa som den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och att befrämja den. För att uppfylla detta måste människan ges förutsättningarna för att kunna påverka de faktorer som begränsar möjligheterna till god hälsa (ibid). Enligt Haglund (1996) ska hälsa ses som en resurs för alla i vardagslivet, med andliga, sociala och fysiska dimensioner. Haglund (1996) menar att det måste finnas förespråkare för hälsa samt resurser för att den hälsofrämjande omvårdnaden ska bli så effektiv som möjligt. WHO (1998) har identifierat fem resurser för det hälsofrämjande arbetet: lokal insatser i samhället, utveckla personliga färdigheter, omorientera hälso- och sjukvården, bygga en hälsofrämjande politik samt skapa stödjande miljöer. Hälsofrämjande definieras enligt WHO (1998) som den process som möjliggör för människor att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs det att sjuksköterskan ska ha förmågan att främja hälsa, förebygga ohälsa samt att kunna motivera människor till att öka sin livskvalité. Ortiz (2009) menar att det motiverande samtalet är en bra metod för distriktssköterskan att använda, där målet är att komma överens om förändringar. Ortiz (2009) menar att förändring är en process och genom motiverande samtal upplever människor en känsla av sammanhang. Ortiz (2009) menar att känslan av sammanhang innefattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Det avgörande enligt Ortiz (2009) är hur människors upplever känslan av sammanhang, vilket också stärker människor och bidrar till att utveckla en bättre hälsa.

Enligt Miller & Rollnick (2010) är ett av målen i det motiverande samtalet att försöka stärka människans känsla av sammanhang (KASAM). KASAM omfattar enligt Antonovsky (1993) att känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky (1993) menar att människor normalt sett befinner sig i obalans och att människor med måttlig KASAM sämre klarar av att finna situationer som stärker deras KASAM, därmed har dessa människor svårare för att undvika försvagade situationer.

Den transteoretiska modellen

Johansson (2010) anser att för att få förståelse för hur människor fattar beslut om sin hälsa är det viktigt att kunna utforma effektiva hälsofrämjande insatser. Johansson (2010) skriver att insatser som syftar till att främja positiva hälsobeteenden på samhälls- grupp- och individnivå oftast utgår ifrån teoribaserade beteendemodeller. Den transteoretiska modellen har visat sig vara effektiv vid långsiktiga och ger positiva effekter på hälsan (ibid). Denna modell har utvecklats av Prochaska och DiClemente (1992) och har sitt ursprung i rökavvänjning.

Prochaska och DiClemente (1992) uppmärksammade att alla rökare genomgick olika stadier vid rökavvänjning. Enligt Prochaska och DiClemente (1992) så framhäver den transteoretiska modellen fem olika faser som människor går igenom vid beteendeförändring och ibland behöver människan gå igenom dessa faser flera gånger innan de nått en permanent beteendeförändring. Dessa stadier är enligt Prochaska och DiClemente (1992)

Förnekelsestadiet, människan funderar inte på någon förändring. **Begrundandestadiet**, människan är i behov av förändring men har inte någon tillvägagångsplan.

Förberedelsestadiet, människan har gjort upp en plan men har inte satt den i verket.

Handlingsstadiet, människan har börjat göra försök till förändring. **Aktivitetsstadiet**, människan gör försök för att fortsätta med förändringsplanen (ibid). Varje fas måste enligt Prochaska och DiClemente (1992) gås igenom och behandlas för att komma vidare till nästa fas. Prochaska och DiClemente (1992) menar att om inte förändring uppstår kan människan stanna upp eller återgå till föregående fas. Denna modell visar en fördjupad förståelse i motivationsprocessen och är en av huvudprinciperna i motiverande samtal (ibid).

Folkhälsa

Enligt Socialstyrelsens (2013) folkhälsorapport om folkhälsan så är de vanligaste dödsorsakerna cancer och hjärt- kärlsjukdomar bland vuxna. Socialstyrelsen (2013) skriver att hjärt- kärl sjukdom som dödsorsak har dock börjat minska, medan cancer som dödsorsak ökar. Faktorer som brist på motion, osunda matvanor, rökning och alkohol ökar alla risken att drabbas av olika former av cancer och hjärt- kärl sjukdomar (ibid).

Socialstyrelsen (2013) skriver att övervikt och fetma har blivit vanligare de senaste två decennierna och främst bland människor under 50 år. Levnadsvanor, gener och faktorer i samhället spelar in för utvecklingen av övervikt eller fetma. Risken att drabbas av diabetes typ 2, hjärt- kärlsjukdomar och cancer ökar signifikant (ibid). Enligt Socialstyrelsen (2012) är 15-20 % av barnen i Sverige överviktiga och 3-5 % är feta. Socialstyrelsen (2012) skriver att det är betydelsefullt att hälso- och sjukvården tidigt börjar uppmärksamma levnadsvanor, då

barns levnadsvanor grundläggs tidigt i livet av föräldrarna. Hälso- och sjukvården tjänar på att tidigt lägga fokus på och motivera föräldrar till en hälsosam livsstil för att lägga grunden för barnens levnadsvanor (ibid). Enligt Pollak et al.(2007) har motiverande samtal visat sig ha positiva effekter på människor i behov av att gå ner i vikt. Pollak et al (2007) menar att empati, som är en av hörnstenarna i motiverande samtal, är det viktigaste verktyget att tillgå i möten med patienter i behov av viktnedgång.

Enligt Socialstyrelsen (2013) är hjärt- kärlsjukdomar, leverskador, psykisk ohälsa och cancer de vanligaste sjukdomstillstånden som orsakas av för hög alkoholkonsumtion. Socialstyrelsen (2013) skriver att det är 10 % av all cancer hos män som orsakas av alkohol och 3 % hos kvinnor. I en studie av Beckham et al. (2007) där effekten av motiverande samtal undersöktes på patienter vid alkoholavvänjning. Resultatet av studien visade att patient gruppen som erhållit motiverande samtal minskade sitt alkoholintag betydligt mer än kontroll gruppen (ibid).

Cirka 6400 människor dör en för tidig död i Sverige varje år till följd av rökning, passiv rökning inkluderat (Socialstyrelsen 2013). Vetenskapligt vet man att rökning ökar risken för 58 olika sjukdomstillstånd där de vanligaste är hjärt- kärl sjukdomar, KOL, lungcancer och andra former av cancer (ibid). Motiverande samtal har visat sig ha positiva effekter vid rökavvänjning. I en studie av Soria et al, (2006) där 200 rökare ingick, fick 86 patienter traditionell rådgivning och 114 patienter behandling genom motiverande samtal. Resultatet av studien visade att rökfria patienter efter fem och tolv månader var fem gånger så hög i gruppen som erhållit motiverande samtal i jämförelse med patienterna som fått traditionell rådgivning (ibid).

Enligt Socialstyrelsen (2014) så finns det ännu inga tydliga riktlinjer för hur hälso- och sjukvården ska arbeta för att minska ökande hälsorisker och de ökande kostnader som de bidrar till. Socialstyrelsen (2014) skriver att efter de nationella riktlinjer som finns, så ska hälso- och sjukvården erbjuda individen någon form av rådgivning när det är konstaterat att individen har en ohälsosam livsstil. Distriktssköterskeföreningen (2008) skriver att det är nödvändigt att implementera hälsofrämjande metoder och rutiner för att kunna främja patienters hälsa och för att kunna bibehålla god hälsa.

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa distriktssköterskors upplevelser av att använda sig av motiverande samtal som metod i möten med patienter som är i behov av att göra livsstilsförändringar inom primärvården.

Metod

För att beskriva upplevelser av fenomenet motiverande samtal valdes en kvalitativ studie med induktiv ansats. Data samlas in som är beskrivande för att skapa en djupare förståelse för det som utforskats och slutsatser dras utifrån deltagarnas erfarenheter av det som utforskats (Polit och Beck 2012). Intervjuer som genomförande metod valdes eftersom det erbjuder en syn på den subjektiva världen. Det kvalitativa synsättet återfinns inom det naturalistiska paradigmet och enligt Holloway och Wheeler (2010) ger detta synsätt kunskap om interaktioner mellan forskaren och deltagarna. Enligt Polit och Beck (2012) bör varje situation mötas som ny för att uppnå en helhetsförståelse som individerna i kontexten skapar utifrån sin livssyn. Det kan finnas flera föreställningar om världen de befinner sig i (ibid). Då det var distriktssköterskornas upplevelser av motiverande samtal som skulle belysas och för att få ett så förutsättningslöst svar på syftet som möjligt ansågs denna ansats lämplig. De redskap som behövs för att belysa, förklara och fördjupa detta fenomen för upplevelser och mänskliga uppfattningar erbjuds enligt Polit och Beck (2012) genom den kvalitativa metoden.

Urval

Strategisk urvalsmetod användes för att rekrytera distriktssköterskor till studien (Polit och Beck 2012). Inklusionskriterierna var distriktssköterskor inom primärvården som arbetade på vårdcentral, gått utbildning i motiverande samtal samt använde sig av motiverande samtal i sitt arbete. Inom primärvården i Blekinge arbetar 307 distriktssköterskor på tjugoen vårdcentraler (Socialstyrelsen 2013). Förfrågan om medverkan skickades ut till verksamhetscheferna på samtliga tjugoen vårdcentraler. Det resulterade i att sex informanter från fyra olika vårdcentraler inom tre kommuner i Blekinge tackade ja till deltagande i intervjustudien. Deltagande distriktssköterskorna arbetade på vårdcentraler som bedrevs i regi av landstinget och i privat regi. Rekrytering av informanter skedde med hjälp av respektive vårdcentralers avdelningschef. Enligt Polit och Beck (2012) är det fördelaktigt att använda sig av avdelningscheferna som ”dörröppnare”. Avdelningscheferna kontaktades via brev med information om studiens syfte samt förfrågan om intresse att delta. Tre avdelningschefer avböjde deltagande på grund av hög arbetsbelastning och två avdelningschefer lämnade namn på distriktssköterskor som ville delta i studien. Dessa distriktssköterskor tog intervjuaren

kontakt med för att bestämma tid och plats för intervjuerna. Övriga distriktssköterskor kontaktade själva intervjuaren via mail för att erbjuda sitt deltagande i studien. Information med samtyckesbrev (Bilaga 2) skickades ut till samtliga deltagare via mail.

Avdelningscheferna förmedlade kontakten mellan intervjuaren och informanterna.

Deltagande distriktssköterskorna var kvinnor i varierande åldrar från trettio till femtio år, och med varierande antal år i yrket, från två år upp till tjugofem. Samtliga informanter hade gått utbildning i motiverande samtal och använde sig dagligen av motiverande samtal i sitt arbete.

Kontext

Informanterna arbetade vid fyra olika vårdcentraler i Sverige, dessa skilde sig åt genom att två bedrevs i landstingets regi och två bedrevs i privat regi. Distriktssköterskorna arbetade alla med mottagningsarbete men med olika inriktningar. Två arbetade på livsstilsmottagning, två arbetade på astma/Kol mottagning, en arbetade på diabetesmottagning och en arbetade på BVC mottagning. Samtliga distriktssköterskor hade egna enskilda arbetsrum på vårdcentralerna.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data till studien. Intervjuer som datainsamlingsmetod är en vanlig metod inom den kvalitativa forskningen (Backman, Gardelli, Gardelli och Persson 2012). Inför intervjuerna gjordes en intervjuguide med tre utgångsfrågor, se bilaga 3. Frågorna ställdes i samma ordningsföljd till samtliga deltagare. Enligt Hartman (2004) är en intervjuguide ett bra hjälpmedel för att hålla sig inom gränserna för ämnet. Intervjufrågorna var förhållandevis utförliga men ändå öppna, detta valdes för att ge utrymme åt fördjupande och analyserande följdfrågor (Holloway och Wheeler 2010). Samtliga intervjuer skedde under dagtid på vårdcentralerna där distriktssköterskorna var anställda. Intervjuerna genomfördes med var och en av distriktssköterskorna på dennes arbetsrum. Intervjuerna spelades in och tog mellan 10-30 minuter att genomföra. Intervjuerna transkriberades direkt efter utförda intervjuer. Samtliga intervjuer skrevs ut ordagrant för att skapa en helhet

Dataanalys

För att analysera den stora mängden textdata som framkom efter att intervjuerna transkriberats, valdes en kvalitativ innehållsanalys. Med hjälp och inspiration från Burnard (1991) innehållsanalys analyserades textdata. Burnard (1991) menar att denna metod lämpar sig vid analyser med ostrukturerad och semistrukturerad data. Burnard (1991) anser

emellertid att forskaren ska hålla sig öppen för att det kan vara svårt att fullt ut kunna hålla sig till hur metoden beskrivs. För att tydliggöra analysprocessen visas exempel av en huvudkategori i tabell 1.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Som det ser ut i vår verksamhet i dagens läge, så ska det vara telefon, det ska vara barn, det ska vara vuxenbiten, ja och så ska vi vara specialist sköterskor som håller på med detta, så det är inte lätt att klona sig, det är det inte.	Vi ska vara specialister och samtidigt hålla på med allt annat. Inte lätt att klona sig.	Hög arbetsbelastning	Tidens betydelse	Betydelsen av kontinuitet
Ofta är det så, tyvärr att tidsmässigt än en gång att man hinner ett besök, återbesöken sköter man kanske via telefon.	Tidsmässigt hinner man ett besök, återbesök via telefon.	Tidsbrist	Tidens betydelse	Betydelsen av kontinuitet
Första besöket tar faktiskt väldigt mycket energi från en själv, För man får ge väldigt mycket av sig själv för att få ett förtroende.	Tar mycket energi av sig själv för att få ett förtroende.	Tidskrävande	Tidens betydelse	Betydelsen av kontinuitet

Efter att intervjuerna transkriberats lästes texten igenom flera gånger för att få en förståelse för texten som helhet. Sedan lästes texten åter igenom och en öppen kodning av texten gjordes, där korta anteckningar gjordes i textmarginalen utifrån innehållet i texten. De textnoteringar som ansågs motsvara studiens syfte plockades ut och sattes in i en tabell i ett Worddokument. Textdelarna kortades ner till mindre enheter där endast det väsentliga från textdelarna sparades. Textdelarna fick olika koder som representerade texten och som ledde till underkategorier. För att få en tydligare överblick på underkategorierna klipptes de ut och grupperades efter samhörighet i ett Worddokument. Efter att grupperna framkommit reflekterades de i avseende att finna gemensamma nämnare och samstämmighet för att bilda huvudkategorier. Vissa underkategorier ansågs överflödiga under analysen och tog bort och då sparades endast texten i kategorin. Giltigheten kontrollerades under hela analysprocessen för de kategorier som bildades mot ursprungstexten. Resultatet av analysprocessen mynnade

ut i två huvudkategorier som båda rymmer tre underkategorier, se (tabell 2). Citat från informanterna användes för att göra resultatet mer talande och tillförlitligt. Citaten kodades med siffror, siffrorna motsvarar vilken av informanterna som citatet kommer ifrån.

Etiska överväganden

För att skydda informanternas identitet i studien har deras data avkodats och ersatts med ett nummer (Polit och Beck 2012). Helsingforsdeklarationen (1964) har tagits i beaktande genom att studiens deltagare fått både skriftlig och muntlig information. Deltagarna hade självbestämmande om deltagande, är anonyma och gavs information om att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande. Deltagarna hade möjlighet att återigen gå igenom informationen om studiens syfte och lämnades möjlighet att ställa frågor till intervjuaren innan intervjuerna startade. Studien har genomgått en etisk egengranskning och en ansökan för etisk rådgivning skickades till Etikkommittén Sydost enligt Blekinge Tekniska Högskolas rekommendationer. Etikkommittén sydost såg inga etiska hinder för genomförandet av studien (Dnr EPK 237-2014).

Förförståelse

Mina tidigare erfarenheter är arbete som sjuksköterska på en medicinsk akutavdelning inom slutenvården. Det har inte funnits några större möjligheter att följa patienter på längre sikt i fråga om livsstil och livsstilsförändringar. Min egen förförståelse bestod av inställningen att det ligger mycket arbete bakom en livsstilsförändring och att det kan vara problematiskt att påverka patienters livsstil och levnadsvanor.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån två huvudkategorier med tillhörande underkategorier som kom fram vid innehållsanalysen. De två huvudkategorierna som framkom var *Ett verktyg* och *betydelsen av kontinuitet*. Den första kategorin innefattar vilka effekter distriktssköterskorna upplevde motiverande samtal hade på patienterna. Denna kategori mynnade ut i tre underkategorier, *leda patienter till förändring*, *leda patienter till insikt* och *patienten i centrum*. Den andra huvudkategorin behandlar vilka faktorer som distriktssköterskorna upplevde påverkade användandet av motiverande samtal. Den kategorin mynnade ut i tre underkategorier, *uppföljningens betydelse*, *tidens betydelse* och *fortbildningens betydelse*.

Tabell 2 Analysprocessens resultat

Kategori	Underkategori
Ett verktyg	Leda patienter till förändring
	Leda patienter till insikt
	Patienten i centrum
Betydelsen av kontinuitet	Uppföljningens betydelse
	Tidens betydelse
	Fortbildningens betydelse

Ett verktyg

Leda patienter till förändring

Distriktssköterskorna upplevde att det krävs träning i samtalstekniken för att lyckas i sitt motiverande samtal och att det blir lättare efter några gånger. De upplevde att det var fördelaktigt att använda sig av hjälpmedel i början som att ha ett papper framför sig med i förväg bestämda öppna frågor. Enligt Distriktssköterskorna blev det lättare att fokusera på hälsoproblemet när de använde sig av hjälpmedel. De upplevde att det blev lättare att komma tillbaka till det väsentliga, det som patienten kommit för att prata om från början. De menade att samtalen lätt gled in på mycket psykiska och psykosociala faktorer. Distriktssköterskorna upplevde att det var problematiskt att motivera två eller flera saker samtidigt.

Det är svårt att motivera två saker samtidigt faktiskt och det säger dom flesta att nej ska jag gå ner i vikt kan jag inte sluta röka samtidigt utan jag måste välja en sak och det kan jag faktiskt förstå. (Deltagare 5)

Med någon kvinna som drack tre liter cola om dagen och det finns rätt många sådana. Jag gjorde till och med ett nedtrappningsschema men nej hon fixade inte det. Det var för mycket i livet runt om kring också med skilsmässa. (Deltagare 6)

Distriktssköterskorna upplevde att motiverande samtal är en effektiv metod att använda vid alla slags livsstilsförändringar. Störst effekt upplevdes motiverande samtal ha vid rökavvänjning och vid övervikt. De menade att det har störst effekt här pga. att patienterna

oftast sökt sig till vården själva för att få hjälp med att sluta röka. Patienter som har ett tydligt mål upplevde distriktssköterskorna lättare att motivera. Dessa patienter upplevdes vara mer adaptiva för förändringar.

Distriktssköterskorna upplevde motiverande samtal som ett positivt redskap på de flesta patienter och de upplevde det stimulerande att se patienter som lyckas. De upplevde att motiverande samtal var ett sätt att öppna upp samtalen, och genom motiverande samtal fick de patienter att öppna sig och att bli intresserade. Distriktssköterskorna upplevde att motiverande samtal kunde vara mycket energikrävande vid de första mötena, men om patienten sedan kom tillbaka för fler möten gav det snarare energi, de upplevde att patienter kom till insikt med sina hälsoproblem. Att trycka på det positiva upplevdes som viktigt, de menade att oftast vet patienterna att de gör fel.

Då märker man att någonting har hänt för den tanken fanns där inte innan. (Deltagare 2)

Distriktssköterskorna upplevde att det är viktigt att inte vara fördömande utan att istället försöka lyfta patienten. De menade att det var viktigt att inte komma med ”pekpinningar” utan istället våga fråga patienten. Distriktssköterskorna upplevde det svårt att inte komma med råd. De menade att eftersom de är så vana vid att ge råd är det svårt att börja tänka i andra banor. Distriktssköterskorna upplevde att det var svårt att använda sig enbart av motiverande samtal, och att de ofta använde motiverande samtal i kombination med rådgivning.

Distriktssköterskorna upplevde att det fanns vissa patienter som de inte ”kom åt”, där det tog tvärstopp. Dessa patienter upplevdes inte vara villiga att lyssna, dessa patienter kunde inte tänka i banorna att de skulle kunna göra något själva. Dessa patienter var en utmaning och distriktssköterskorna frågade sig hur man skulle nå dem. Distriktssköterskorna upplevde att för vissa patienter är det bättre om en auktoritet, som de anser en läkare är går in och tar över. De upplevde att dessa patienter behövde ha tydliga riktlinjer där någon annan gick in och bestämde åt dom.

Vissa människor kommer man inte åt överhuvudtaget kan jag känna, det tar tvärstopp helt alltså. (Deltagare 4)

Distriktssköterskorna menade att man inte alltid kan genomföra motiverande samtal, att på vissa patienter blir det helt enkelt inte bra. Det är patienter som distriktssköterskorna försöker leda in på ett motiverande samtal, men där de inte kom vidare på grund av att patienten

endast svarade ja och nej på frågor. Distriktssköterskorna upplevde att de inte kom någon vart i mötet med dessa patienter. Distriktssköterskorna upplevde att vissa patienter vill ha ett färdigt koncept och inte var öppna för motiverande samtal. Dessa patienter upplevde distriktssköterskorna som svåra att motivera.

Man kan inte genomföra motiverande samtal till vilket pris som helst för då blir det bara galet och fel. (Deltagare 1)

Leda patienten till insikt

Distriktssköterskorna upplevde att genom att använda sig av motiverande samtal fick de patienten att bli delaktig, intresserad och inse konsekvenserna av en ohälsosam livsstil. Just genom att distriktssköterskorna upplevde att de fick patienten att själv uttrycka sina problem, lösningar och mål. De märkte att det resulterade i en viss eftertanke och de upplevde att patienten kom till insikt och fick mer kunskap i att kunna se samband mellan levnadsvanor och sjukdom.

Man ser redan i väntrummet att det är en helt annan blick liksom och att dom känner sig nöjda med sig själva. (Deltagare 6)

Distriktssköterskorna upplevde det som att de kunde så ett frö hos patienterna och att patienterna blev villiga till att komma tillbaka. De upplevde att patienterna kände sig stolta och nöjda med sig själva och att de får en ”aha” upplevelse.

Det händer nått med dem i alla fall. Man sår ett frö och man får vara glad för den biten att man har gjort början. (Deltagare 5)

Patienten i centrum

Distriktssköterskorna upplevde att de sparade tid genom att fråga patienterna om vad de visste och vart deras intresse låg. De upplevde att det blev på patientens nivå. Genom att fråga istället för att komma med pekpinna upplevde distriktssköterskorna att patienten hade lättare för att öppna upp sig och känna sig respekterad. Distriktssköterskorna upplevde även att patienten blev stärkt i sin självkänsla och kunde ta kontroll över sin egen behandling.

De flesta stärks i sin självkänsla att de faktiskt klarar av vissa saker att de är med i sin egen behandling och har kontroll. (Deltagare 4)

Betydelsen av kontinuitet

Uppföljningens betydelse

Distriktssköterskorna upplevde att en tät uppföljning var avgörande för att lyckas motivera patienten till livsstilsförändring. De upplevde att det var viktigt för patienten att få se resultat och få positiv respons från distriktssköterskan. Distriktssköterskorna upplevde att patienten har ett behov av att få känna sig bekräftade.

De flesta vill ju faktiskt komma tillbaka och få en spark i baken om man säger så. Plus att de vill väga sig och mäta sig för att se att det har hänt någonting och få lite kreed för det. Så då är man ju så här: hej och hå dagens guldstjärna till dig liksom. (Deltagare 6)

Distriktssköterskorna såg det problematiskt att det fanns ett PM om att patienter bara får komma tillbaka en gång efter det första motiverande samtalet och sedan ska resterande uppföljning ske via telefon. Det upplägget upplevde distriktssköterskorna inte vara optimalt för att patienten ska kunna hålla sina mål.

Egentligen så finns det ju ett PM om att få komma tillbaka max en gång till. Sen skulle man sköta det per telefon. Jag testade det i början men alltså på telefon blir det inte bra. (Deltagare 6)

Distriktssköterskorna upplevde att det tar tid att förändra ett beteende och att det behövs flera täta kontakter. Det tar tid innan patienten får förtroende för distriktssköterskan och vågar ”öppna upp” sig inför en förändring.

Distriktssköterskorna upplevde att många patienter är ovana vid bemötandet de fick i det motiverande samtal. Att de ska berätta istället för att de fick rådgivning och klara direktiv direkt av distriktssköterskan. Distriktssköterskorna upplevde att det tog tid innan patienterna, särskilt äldre patienter lär sig att tänka i de banorna, att de själva ska komma fram till lösningar. Men när de sedan har börjat tänka i de banorna så upplevde distriktssköterskorna att frågorna kom, och patienterna mer och mer kom till insikt och blev mer adaptiva till förändring.

Då kan jag informera när de ställer frågan och är villiga att lyssna på vad jag säger, så jag tycker det är jättebra. (Deltagare 3)

Tidens betydelse

I möten med patienter upplevde distriktssköterskorna att tiden hade stor betydelse för att lyckas genomföra motiverande samtal på bästa sätt. Distriktssköterskorna upplevde att de ofta hade 20 minuter för ett exempelvis blodtrycksbesök och på den tiden upplevde de att det ska hinnas med att även prata livsstil. Ett motiverande samtal upplevs ta längre tid än ett rådgivande samtal. Distriktssköterskorna upplevde att de ofta kom in på många andra frågor under samtalen som familjesituationer och att det ofta är psykosociala problem som ligger bakom ohälsa. Distriktssköterskor som arbetade på livsstilmottagning hade alltid mer tid avsatt för motiverande samtal, de menade att en timme är minimum för att hinna bygga upp ett förtroende från patienterna, det går inte att forcera fram något.

Man har en tid på tjugo minuter för ett blodtryck men då ska man hinna ge dem redskapen och diskutera med någon som röker, dricker lite mer än normalt, inte motionerar då fixar du inte det på tjugo minuter.

(Deltagare 5)

Distriktssköterskorna menade att patienter ofta har svårt för att öppna upp sig och det behövs tid och att kunna sitta ner i lugn och ro. Det blir mycket känslor som kommer fram, både skratt och gråt. Tid upplevdes som en stor brist och det var även något distriktssköterskorna delade med andra kolleger i hela landet, kollegor som de träffade vid gemensamma utbildningar. Tidsbrist var ett återkommande problem de talade om.

Och jag vet att jag var på en utbildning i Jönköping och då var det en hel del livsstilssköterskor från hela landet där, så då sa vi väl ungefär lika allihopa att tiden framförallt är en stor bov. (Deltagare 5)

Fortbildningens betydelse

Distriktssköterskorna upplevde att de behövde mer ”tyngd” i sina samtal, och de upplevde att de hade nått ut bättre i sina motiverande samtal om de hade haft mer kunskap för att kunna coacha patienterna bättre. Genom att få regelbundna utbildningar inom motiverande samtal upplevde distriktssköterskorna sig tro att de hade kunnat utveckla bättre riktlinjer för metoden. På så sätt menade de att kontinuitet och bättre uppföljningsrutiner hade kunnat utvecklas och förbättrats. Distriktssköterskorna menade att som det är idag så är de bara och nosar på ytan och att satsa på livsstilsfrågor borde vara prioritering nummer ett i organisationen.

Vi behöver ännu mer livsstilssköterskor vi är bara och nosar på ytan.

(Deltagare 1)

Distriktssköterskorna önskade få gå mer utbildningar inom samtalsmetodik, men de upplevde ett bristande stöd från organisationens ledning när det gäller utbildningar inom motiverande samtal. De ville gärna gå på utbildningar, men de upplevde att de inte fick tillräckligt med stöd från ledningen som inte upplevdes prioritera eller ansåg det vara ekonomiskt möjligt att skicka distriktssköterskor på utbildningar inom samtalsmetodik. Distriktssköterskorna upplevde att de hade viljan och ambitionen för att starta upp projekt, men de upplevde att de snabbt blev nedtryckta av sina chefer för att det inte fanns pengar att satsa på livsstil.

Vi skulle starta grupper och vi skulle göra olika aktiviteter man skulle göra om hela väntrummet och sätta upp olika foldrar och kunna ha som ett litet hälsotorg på något vis, men nej där blev man fort nedslagen om man säger så och det är jättesynd. (Deltagare 5)

Diskussion

Metoddiskussion

I Studien har en strävan funnits att uppriktigt och tydligt motivera och beskriva de val som gjorts gällande metoder genom hela forskningsprocessen. Tillsammans med styrkor och svagheter som identifierats och diskuterats bör studiens trovärdighet och överförbarhet kunna bedömas. Enligt Rolfe (2004) finns det svårigheter med att bedöma kvalitativa studier och trovärdigheten bör ligga i studiens individuella kvaliteter och det är upp till läsaren att avgöra dess trovärdighet. Enligt Forsberg & Wengström (2003) strävar det kvalitativa efter att kunna tolka, få förståelse och att skapa mening över det fenomen som blivit studerat. Detta i motsats till det kvantitativa där strävan är att kunna klassificera, mäta, testa och generalisera hypoteser av det som studerats. Studiens syfte var att undersöka upplevelser av motiverande samtal och en kvalitativ metod valdes då denna metod ansågs bäst lämpad för att kunna ge svar på fenomenet upplevelser. Enligt Polit och Beck (2012) är den kvalitativa metoden passande att använda för att få svar på subjektiva och komplexa ämnen, som upplevelser. Den kvantitativa metoden valdes bort då den inte ansågs kunna svara på studiens syftet.

Studiens urval var strategiskt där inklusionskriterierna var att informanterna var distriktssköterskor, arbetade på vårdcentral, genomgått utbildning i motiverande samtal samt använde sig av motiverande samtal. Dessa inklusionskriterier gav riklig information och

gemensamma nämnare för att få svar på studiens syfte vilket är en förutsättning enligt Holloway och Wheeler (2010) då ett specifikt fenomen ska undersökas. Urvalet ska inrikta sig på att utse de källor som gynnar studiens syfte bäst (Polit och Beck 2012). Sex informanter rekryterades till denna studie. Med tanke på den tidsram som var avsatt ansågs det som ett rimligt antal för att få tillräckligt med hanterbart datamaterial till studien. Enligt Holloway och Wheeler (2010) och Polit och Beck (2012) är sex till tio informanter lämpligt vid kvalitativa studier. En viss teoretisk mättnad upplevdes av intervjuaren efter de sex intervjuerna då återkommande och liknande upplevelser kunde ses i svaren på intervjufrågorna. Enligt Morse (2000) finns inga tydliga riktlinjer för hur många intervjuer som bör genomföras för att få en mättnad i det som studeras. Morse (2000) menar att det skiljer sig mellan intervjuer då vissa delger mer information och upplevelser än andra. Vid intervjuer som handlar om upplevelser kan färre deltagare vara tillräckligt för att få svar på forskningsfrågan (ibid).

Verksamhetschefer användes som ”dörröppnare” och som hjälp att få informanter till studien. Det gjordes för att verksamhetscheferna var de som gav tillåtelse till om studien kunde genomföras. De hade också kunskap om vilka personer som svarade mot inklusionskriterierna. Det finns en risk för att verksamhetscheferna endast valde ut att fråga de distriktssköterskor som de ansåg bäst representerade verksamheten. Enligt Holloway och Wheeler (2010) finns det risk för att frivilligheten påverkas när informanterna tillfrågas av verksamhetschefer. Därför erbjöds informanterna före intervjun att ytterligare en gång få ta del av informationen kring syftet med studien och frivilligheten att delta, där det tydliggjordes att deltagandet när som helst kunde dras tillbaka. Det fanns en risk för att de informanter som ingick i studien var mer välartikulerade och att de mer blyga personerna inte blivit inkluderade i studien (Holloway och Wheeler 2010). För att det tydligt skulle framgå att studien inte utfördes på uppdrag från verksamheten stod det i informationsbrevet till deltagarna att studien ingick i distriktssköterskeutbildningen vid Blekinge Tekniska Högskola. Enligt Holloway och Wheeler (2010) kan informanterna få uppfattningen att intervjuaren är en del av organisationen och det kan påverka svaren på intervjufrågorna. Informanterna kan då känna press att svara på ett sätt de uppfattar som gynnsamt för organisationen (ibid).

Alla distriktssköterskorna var kvinnor, hade samma yrkeslegitimation och var alla från Sverige, urvalet var generellt homogent. Informanterna rekryterades från fyra olika vårdcentraler och låg i tre olika kommuner så risken för att en viss inre kultur representerades

borde minska. Att endast kvinnor representerades i studien berodde på att inom landstinget representeras yrket i stor del av kvinnor. Urvalet var till viss del heterogent då det varierade avseende ålder, längd på utbildning och vilken distriktssköterskeinriktning de hade. Det visade sig vara svårt att rekrytera deltagare trots att urvalet planerades noggrant och med god tidsmarginal.

Semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data. Viss problematik kan finnas kring detta tillvägagångssätt för att studera en företeelse. Enligt Holloway och Wheeler (2010) finns svårigheten i att det vi säger inte alltid behöver motsvara det vi gör. Informanterna hade gått utbildning i motiverande samtals metod. Det kan ha inverkat på och präglat hur de beskrev sina upplevelser av att använda sig av metoden i patientmöten. Enligt Holloway och Wheeler (2010) hade en kompletterande observationsstudie av hur dessa möten genomförs i praxis kunnat stärka studiens resultat. Att genomföra en kompletterande studie fanns det inte utrymme för inom den begränsande tidsramen för studien.

Intervjun bestod av tre öppna frågor som inbjöd till fritt berättande, med uppföljningsfrågor som ledde till fördjupning och utvecklande av ursprungsfrågorna, vilket anses som en styrka i studien (Kvale och Brinkman 2009). Intervjuns inledningsfråga bjöd in till ett fritt berättande och följdfrågorna föll sig sedan naturligt. Många upplevelser kom fram redan under inledningsfrågan. En svaghet i studien kan enligt Kvale och Brinkman (2009) vara att det förelåg oerfarenhet i intervjuetekniken och det kan ha påverkat hur intervjufrågorna ställdes. Stråvan var att inte vara ledande i uppföljningsfrågorna. Intervjuaren försökte att inte avbryta deltagarna under intervjuerna för att de inte skulle tappa tråden i det de berättade. Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att ge deltagarna frihet att med egna ord ge förklaringar och detaljerat beskriva vad de upplever utan att bli avbrutna, för att få den information som efterfrågades. Det är enligt Polit och Beck (2012) betydelsefullt att informanterna kan lita på intervjuaren. Samtidigt som intervjuaren behöver försöka bli en del av informantens livsvärld så måste intervjuaren enligt Polit och Beck (2012) samtidigt hålla ett avstånd. Att kunna se situationer ur informantens perspektiv är en viktig egenskap för intervjuaren att besitta (ibid). Om det finns en viss förståelse från intervjuarens sida kan det inge ett förtroende under intervjuerna. Däremot finns en risk att trovärdigheten kan minska, genom att informanterna blivit påverkade av intervjuaren. Genom att intervjuaren gett bekräftelse med leenden och nickningar, för att få en lättare stämning under intervjun. Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att intervjuaren bekräftar genom ansiktsuttryck för att hålla god ton och att vara en god lyssnare, undvika ledande frågor, inte avbryta för att få fram ett svar (ibid). Enligt Polit

och Beck (2012) kan kvalitativa djup- intervjuer pågå i flera timmar. Intervjuerna i denna studie varade i genomsnitt tjugo minuter, det kan möjligtvis anses som en svaghet då inte samma djup kan eftersträvas jämfört med en flera timmar lång intervju.

En av uppgifterna i studien var att förstå innebörden av vad de intervjuade sa. Intervjuaren till denna studie hade själv ingen erfarenhet av att arbeta med motiverande samtal dock har intervjuaren varit påläst om området inför intervjuerna vilket kan ge en viss förförståelse. Enligt Dahlberg et al (2008) är det av vikt att ha kunskap om hur förförståelsen påverkar forskningsprocessen och reflektion över denna bör göras regelbundet för att inte riskera att resultatet återspeglar forskarens erfarenheter. Dahlberg et al (2008) menar att det kan vara svårt att få fram ny forskning om resultatet blir en bekräftelse på vad forskaren redan visste. Förförståelse kan sätta sin prägel på analysen och påverkar studiens trovärdighet (ibid). Trovärdigheten bör inte ha blivit påverkad vid analysen då intervjuaren i denna studie inte hade någon erfarenhet av att använda motiverande samtal och därmed ingen betydande förförståelse för ämnet.

Datamaterialet transkriberades av intervjuaren och det underlättade textförståelsen och minskade risken för feltolkningar av materialet. Enligt Polit och Beck (2012) stärker det resultatet. Icke verbala ansiktsuttryck, längre pauser, skratt och upprepningar skrevs också ut. Burnard (1991) kvalitativa analysmetod användes vid textmaterialets analys. Burnard (1991) analysmetod användes i en komprimerad variant där fyra steg användes istället för de 14 steg som ursprungsmetoden består av. Den valdes på grund av den begränsade tidsramen som fanns för genomförandet av studien. Trovärdigheten hade kunnat stärkas ytterligare om ursprungsmetoden hade använts, exempelvis genom att låta intervjupersonerna läsa igenom det transkriberade materialet för att göra förtydliganden och korrigera eventuella missuppfattningar. Enligt Burnard (1991) ska forskaren hålla sig öppen för att innehållsanalysen kan genomföras på olika sätt. Genom att intervjuaren haft en regelbunden dialog med sin handledare för feedback och diskussion stärks analysens trovärdighet (Polit och Beck (2012).

Resultatdiskussion

Det viktigaste fyndet i föreliggande studie var distriktssköterskornas upplevelse av uppföljningens betydelse. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att patienter har ett stort behov av att bli bekräftade, få positiv respons och att se snabba resultat. Det behövs täta kontakter och mer tid avsatt för besöken. I synnerhet i början för att patienterna

ska få ett förtroende och öppna upp sig. Många av patienterna är ovana vid detta bemötande. I en studie av Hardcastle och Hagger (2011) framkom det att uppföljning och stöd är viktigt vid livsstilsförändring. Deltagarna i Hardcastle och Hagger (2011) studie upplevde att det var avgörande att ha ett mål att se fram emot och att jobba mot. Att veta att någon skulle kontrollera deras vikt och följa upp deras livsstilsåtgärder gjorde att deltagarna höjde kraven på sig själva och ansträngde sig extra mycket. Det identifierades i Hardcastle och Hagger (2011) studie att de som misslyckats med livsstilsförändring hade önskat att det fanns fler motiverande samtal att tillgå under en längre tid. Uppföljning per telefon upplevde distriktssköterskorna i föreliggande studie inte vara framgångsrikt. En studie av Bennett et al. (2005) visar dock att motiverande samtalskommunikation via telefon eller mejl kan vara framgångsrikt, främst på äldre patienter. Detta visar även en studie av Persson et al. (2006) där patienter fått rökavvänjning med motiverande samtal via telefon. Resultatet visade att efter ett år hade 20 procent fler slutat röka av patienterna som ingick i gruppen som fått motiverande samtal i jämförelse med kontrollgruppen.

Tidsbrist var ett återkommande problem för samtliga distriktssköterskor i föreliggande studie. De menade att en timme var ett minimum för ett första motiverande samtal. Andra studier förstärker upplevelsen av tidsbrist som ett hinder, Söderlund et al. (2008) menar att tidsbrist är ett hinder för att kunna implementera motiverande samtal. Söderlund et al. (2008) anser också att det tar tid att etablera en relation till patienten. Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att som det är idag så är det inte ovanligt att tjugo minuter är det de har för ett motiverande samtal. Distriktssköterskorna upplevde att ett motiverande samtal tar längre tid än ett rådgivande samtal. Detta motsägs i en metastudie av Lundahl et al. (2010) där deras resultat visar att motiverande samtal kräver mindre tid än andra behandlingsmetoder. Enligt Rubak et al. (2006) är motiverande samtal inte mer tidskrävande än traditionell rådgivning och menar att ett samtal på tio minuter räcker. SBU (2014) skriver att motiverande samtal ger signifikanta effekter vid uppföljningar efter ett år, men SBU (2014) skriver också att det inte finns några signifikanta skillnader på motiverande samtal i jämförelse med andra metoder. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att under ett motiverande samtal kommer man ofta in på mycket mer än det som var tänkt från början, det är mycket känslor som kommer fram och därför kräver ett motiverande samtal mer tid än traditionell rådgivning.

I föreliggande studie framgick det att distriktssköterskorna upplevde motiverande samtal som en positiv metod att använda sig av i möten med patienter. De upplevde att det är ett bra sätt

att öppna upp samtal och få patienter intresserade. I en studie av Cronk et al. (2012) lyftes det fram att distriktssköterskorna upplevde att motiverande samtal hjälper patienter att öppna sig och hjälper dem att utveckla sina tankar. Cronk et al. (2012) menar att motiverande samtal ger en bättre relation mellan patient och distriktssköterska och hjälper patienten att inte utveckla något motstånd till vården. Detta överensstämmer med vad distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde. De upplevde att det ibland var lättare att motivera äldre patienter än de yngre. De upplevde att de yngre patienterna var mer pålästa och oftare hade större krav än de äldre. I Serdarevic och Lemke (2013) studie tar de upp motiverande samtal och äldre patienter, studien visar att för att motiverande samtal ska ha bästa positiv effekt på äldre behöver den genomföras i långsammare takt och det måste finnas ett tydligt mål. I föreliggande studie upplevde distriktssköterskorna att motiverande samtal kan vara energikrävande och att det krävs regelbunden träning i tekniken. Brobeck et al.(2011) styrker detta i sin studie och menar också att motiverande samtal är svårt i början och att det krävs regelbunden träning. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde det problematiskt att motivera flera saker samtidigt och att samtalen lätt gled in på psykiska och psykosociala faktorer, därför upplevde distriktssköterskorna det fördelaktigt att använda sig av hjälpmedel i början.

Distriktssköterskorna använde inte enbart motiverande samtal utan ofta i kombination med rådgivning. De menade att de är så vana vid att ge råd så det var svårt i början att tänka i andra banor. Söderlund et al (2008) menar att bristande kunskap hos distriktssköterskor kan vara en bidragande faktor till patienters möjlighet att uppnå en bättre hälsa. Enligt Söderlund et al (2008) så anser många distriktssköterskor att det är svårt att ändra på gamla mönster, som att distriktssköterskor vill ge information istället för att ställa frågor och låta patienten bli delaktig i vården.

Distriktssköterskorna upplevde också att det fanns patienter de inte kom åt, det var något de fick acceptera. Vissa patienter ville bara ha ett färdigt koncept och var inte öppna för något annat. Men de upplevde att det var viktigt att inte komma med pekpinna eller att vara fördömande utan våga fråga, för oftast vet patienten redan att de gör fel. Enligt Rollnick och Miller (2010) är motivation en process för patienten där distriktssköterskans uppgift är att ge sitt stöd till patienten genom denna process. Rollnick och Miller (2010) menar att genom motiverande samtal skapas det en god relation som ska bygga på tillit. Kommunikationen ska genomsyras av uppmuntran, empati och aktivt lyssnande (ibid).

I en studie av Brobeck et al. (2011) framkom det att motiverande samtal är applicerbart på många områden. Brobeck et al. (2011) menar att motiverande samtal ger vägledning och främjar medvetenhet i vårdrelationer. De patienter som distriktssköterskorna i föreliggande studie inte ansågs vara mottagliga för motiverande samtal kan tänkas befinna sig i de första stadierna av den transteoretiska förändringsmodellen. Enligt Jansink et al. (2010) är det problematiskt för distriktssköterskor att bedöma vilket motivationsstadium en patient befinner sig i. Det motiverande samtalet bedöms vara mest effektivt i de två första faserna enligt Prochaska och Norcross (2003) och det borde enligt Jansink et al. (2010) vara de patienter med bristande motivation och bristande kunskap som distriktssköterskorna skulle ha de största förutsättningar att lyckas med. Enligt Jansink et al. (2010) skulle det vara värdefullt med utbildning om de olika motivationsstadierna ingick i utbildningen om motiverande samtal.

Genom att använda sig av motiverande samtal upplevde distriktssköterskorna i föreliggande studie att de kunde leda patienter till insikt, fick patienterna att bli delaktiga, intresserade och att de insåg konsekvenserna av sitt beteende. Det resulterade i eftertanke hos patienterna genom att de fick uttrycka sina egna problem. Distriktssköterskorna upplevde att patienterna kom till insikt, kunde se samband och att det gav dem mer kunskap, patienterna fick känna stolthet. Distriktssköterskorna upplevde att de sådde ett frö hos patienterna. Faskunger (2008) anser att motiverande samtal hjälper patienter att känna tilltro till sin egen förmåga. Faskunger (2008) menar att tilltro till sin egen förmåga bidrar till att patienter kan genomföra livsstilsförändringar.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att kontinuiteten var avgörande för ett framgångsrikt motiverande samtal. Brobeck et al. (2011) menar att patienter behöver tid för genomföra och för att kunna behålla en ny beteendeförändring. Brobeck et al. (2011) menar att vilka vårdresurser som finns spelar en stor roll för vilken möjlighet patienter får till uppföljning. Distriktssköterskorna i studien arbetade på olika slags mottagningar, de som arbetade på livsstilmottagning hade mer tid avsatt för livsstilsfrågor, en timme var vanligt medan de distriktssköterskor som arbetade på exempelvis astma/KOL mottagning upplevde att de hade mindre tid avsatt. Distriktssköterskorna upplevde att det skilde sig mellan läkare hur de såg på motiverande samtal. De upplevde att de yngre läkarna tyckte att motiverande samtal var en bra metod och de remitterade oftare patienter till distriktssköterskor för motiverande samtal. Distriktssköterskorna upplevde att många av de äldre läkarna inte tyckte att motiverande samtal var någon behandlingsmetod, att många av de äldre läkarna hade

attityden att det var kört för vissa patienter att det var slöseri med resurser att lägga tid på patienter med exempelvis övervikt. I en studie av Dellasega, Anel-Tiangco och Gabbay (2012) visade det sig att det skiljer sig i bemötandet beroende på vilken profession patienten träffar. Hur patienten ses som helhet skiljer sig mellan läkare och distriktssköterska (ibid). Dellasega et al. (2012) menar att läkare har mindre tid och oftare talar på ett förnedrande sätt med patienter medan distriktssköterskor uppmärksammar och lyssnar mer på patienter under ett motiverande samtal. I en studie av Gudzune, Clark, Appel och Bennett (2012) framkom det att läkare inte ansåg sig ha kunskapen eller tiden som krävs för att kunna ge råd till överviktiga patienter. Istället för att tala med patienten om deras frågor och funderingar hänvisar de istället patienterna förslagsvis till olika internetsidor. Gudzune et al. (2012) menar att läkare undviker att tala om själva övervikten och fokuserar hellre på de sjukdomar patienter fått som ett resultat av övervikten.

Slutsats

Ekonomiska resurser och utbildningsmöjligheter krävs för att distriktssköterskor ska kunna arbeta efter metoden motiverande samtal och för att kunna följa upp patienter på längre sikt. Distriktssköterskorna upplevde alla att det är en positiv metod att använda vid livsstilsförändringar och då i synnerhet vid viktnedgång och rökavvänjning, och att motiverande samtal har positiva effekter på patienter. De upplevde att de fick patienter att komma till insikt med sina problem, att de sådde ett frö. Det saknas tydliga riktlinjer för uppföljning efter det första motiverande samtalet och idag är det inte ovanligt att uppföljning sker per telefon. Hade det funnits bättre uppföljningsrutiner så hade det gynnat patienter på längre sikt. För att implementera motiverande samtal i primärvården krävs det tid och resurser. Både för att få patienter att uppnå en beteendeförändring men också för att lyckas bibehålla förändringar på längre sikt. Vidare forskning inom detta område hade varit önskvärt. Hur motiverande samtal och vad sociala medier såsom skype eller liknande ny teknik har för möjligheter och effekter på patienter hade varit spännande att studera vidare. Det hade också varit av vikt att undersöka vad uppföljningen av motiverande samtal har för betydelse för patienter i behov av livsstilsförändringar.

Referenser

- Barth, T., Näsholm. (2006). *Motiverande samtal – Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Student litteratur.
- Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 103 – 110.
- Bennett, J A., Perrin, N A., Hanson, G., Bennett, G., Gaynor, W., flaherty, R M., et al. (2005). Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for behaviour change in older adults. *Research in Nursing & Health*, 28, 187 – 197.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461 – 466.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, S., & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60 (3), 374 – 380.
- Brobeck, E., Bergh, S., Odencrants, S., & Hilding, C. (2011). Primary healthcare nurses experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, (23/24) 3322- 3330.
- Cronk, N J., Knowles, N., Peace, L., Matteson, M., & Ponferrada, L. (2012). Acceptability of motivational interviewing among hemodialysis clinic staff: a pilotstudy. *Nephrology nursing Journal*, 39, (5) 358 – 391.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dellasega, C., Anel-Tiangco, R M., & Gabbay, R A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellius respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, (1) 37.
- Faskunger, J. (2008). Beteendeförändring – att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. Sid: 51-62, I, Klang., & Söderqvist, B (red). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsoinstitutet. (2010). *Levnadsvanor, Lägesrapport 2010*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Forsberg, L. (2006). Motiverande samtal – bättre än råd. *Läkartidningen*, 103, (42) 3178 – 3180.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gudzune, K A., Clark, J M., Appel, L J., & Bennett, W L. (2012). Primary care providers communication with patients during weight counseling: a focus group study. *Patient Education and Counseling*, 89, (1) 1 – 12.

Haglund, B. (1996). Stödande miljöer för hälsa – en strategisk begrepp för det hälsofrämjande arbetet. *Socialmedicinsk tidskrift*, 73, (2/3) 1 – 18.

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (1964). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human objekts. *Journal of the American Medical Association*, 310, (20) 2191 – 2194.

Formaterat: Engelska (USA)

Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Oxford: wiley-Blackwell.

Jansink, R., Braspenning, J., Van Der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11:41.

Formaterat: Svenska (Sverige)

Johansson, G. (2010). Kostråd i vården – en väg kantad av motgångar och möjligheter. *Läkartidningen*, 107, (51) 3276 – 3278.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., Brinkman, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* 2. SAGE: London.

Formaterat: Engelska (USA)

Lane, C., Johnson, S., Rollnick, S., Edwards, K., & Lyons, M. (2003). Consulting about lifestyle change: Evaluation of a training course for specialist diabetes nurses. *Practical Diabetes International*, 20, (6) 204 – 208.

Lincoln, Y S., & Guba, E G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE: London.

Lindhe Söderlund, M., & Thorselius, T. (2012). Hälsofrämjande möten från barnhälsovård till palliativ vård. Sid 183-194, Hertting, A., & Kristenson, M. (Red). *Hälsofrämjande möte vid sjukdomsprevention*. Lund: Studentlitteratur.

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.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Graneskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

McCarley, P. (2009). Patient empowerment and motivational interviewing: engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal*, 36, (4) 409 – 413.

Morse, J M. (2000). Determining sampling size. *Qualitative Health Research*, 10 (1), 3 – 5.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ortiz, L. (2009). *När förändring är svårt. Att hantera motstånd med motiverande samtal*. Stockholm: Natur och Kultur.

Persson, L G., & Hjalmarsson, A. (2006). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 75 – 80.

Formaterat: Svenska (Sverige)

Pollak, K I., Östbye, T., Alexander, S C., Gradison, M., Bastian, L A., Namenek Brouwer, R j., et al. (2007). Empathy goes a long way in weight loss discussions. *Journal of Family Practice*, 56, 1031 – 1036.

Polit, D F., & Beck, C T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Willian & Wilkins.

Prochaska, J O., & Norcross, J C. (2003). *System of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Formaterat: Svenska (Sverige)

Prochaska, J O., DiClemente, C C., & Norcross, J C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, (9) 1102 – 1114.

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigor: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53, (3) 304 – 310.

Rollnick, S., Miller, W R., & Butler, C C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.

Formaterat: Svenska (Sverige)

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GPs`professional behaviour- ADDITION Denmark. *British Journal of General Practice*, 56, (527) 429 – 436.

SBU. (2014). *Motiverande samtal för personer med missbruksproblem*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Serdarevic, M., & Lemke, S. (2013). Motivational interviewing with the older adult. *International Journal of Mental Health Promotion*, 15, (4) 240 – 249.

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012). *Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Jämförelser mellan landsting 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Socialstyrelsens statistik bas*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Lopez Yeste, A., & Montoya, J A. (2006). Randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *International Journal of Nursing Studies*, 51, (8) 1074 – 1082.

Formaterat: Engelska (USA)

Svenska nationella folkhälsokommitté. (2000). *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringskansliet.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2014). *Hälsofrämjande omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67, (2) 102 – 109.

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15, (3) 156 – 163.

Wittemore, R., Chase, S K., & Mandle, C L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11, 522 – 537.

WHO. (1998). *The World Health Report 1998. Life in the 21st century – A vision for all*. Geneva: World Health Organisation.

Bilageförteckning

1. Informationsbrev till förvaltningschef
2. Samtyckes brev till informanterna
3. Intervjuguide

Bilaga 1

Till Avdelnings chef i Primärvården.

Man vet att i dagens samhälle söker sig fler och fler människor till sjukvården pga.

ohälsosamma levnadsvanor. Ett användbart verktyg som flera studier visar är motiverande samtal. Som kan användas för att hjälpa människor att själva få kontroll över sin hälsa och förhindra framtida funktionsnedsättningar och en för tidig död. Jag heter Jenny Johansson och studerar till Distriktsjuksköterska på Blekinge Tekniska Högskola. Jag ska påbörja mitt Magisterarbete v.36, vars syfte är att undersöka Distriktsjuksköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal som ett redskap vid livsstilsförändringar. Jag kommer att använda mig av en kvalitativ metod, dvs. att jag vill intervjua distriktsjuksköterskor som arbetar på vårdcentraler och använder sig av motiverande samtal som ett redskap i möten med patienter. Intervjuerna kommer att genomföras v. 36-37 på tid och plats som passar er. Jag behöver ditt medgivande till att genomföra dessa intervjuer, och även din hjälp att välja ut lämpliga distriktsköterskor som är villiga att ställa upp i denna intervjustudie. Deltagandet är helt frivilligt och materialet behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att kunna härledas till vem som sagt vad. Uppgifterna kommer att bevaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kommer att kunna ta del av materialet. Det är när som helst under intervjuens gång fritt att avbryta.

Jag arbetar under handledning av Universitetslektor Mats Lintrup på BTH Institutionen för hälsa.

Tillstånd/avslag för att få genomföra studien på din vårdcentral kan lämnas via mail eller på denna blankett.

Härmed ger jag tillstånd/avslag att genomföra intervju på(namn på vårdcentral).

Ort och Datum.....

Med vänlig hälsning /

Jenny Johansson tele: xxx, Mail: xxx

Bilaga 2

Samtyckesbrev

Till deltagande distriktssköterska i intervjustudie med syfte att beskriva Distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med Motiverande samtal vid livsstilsförändringar.

Intervjun kommer att spelas in och beräknas ta ca 30 minuter. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan orsak eller förklaring. Intervjun kommer att skrivas ut i löpande text för bearbetning och analys. Är du intresserad av att delges resultatet är du välkommen att kontakta ansvarig för studien.

Det analyserade materialet kommer att användas till examensarbete för magisteruppsats vid Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona. Endast författaren och handledaren kommer att ha tillgång till materialet.

Inget av materialet kommer att kunna härledas till dig som person. Inspelningarna kommer att förvaras inlåst i BTH:s arkiv efter godkänt arbete.

Med vänlig hälsning

Jenny Johansson tele:xxx, mailadress xxx

Handledare: Mats Lintrup, Universitetslektor, Blekinge Tekniska Högskola Karlskrona.

Skriftligt samtycke till medverkan i intervjustudie

Jag har tagit del av ovan information och samtycker härmed att delta i intervjustudien gällande Distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med Motiverande samtal vid livsstilsförändringar.

Ort och datum:

Namn:

Bilaga 3 Intervjufrågor

Vilka är dina upplevelser av att använda dig av motiverande samtal i mötet med patienter som är i behov av livsstilsförändring.

Vilka svårigheter upplever du att det finns med att använda dig av motiverande samtal?

Hur upplever du att patienter ser på motiverande samtal som behandlingsmetod