



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans upplevelse av att använda motiverande samtal i sitt dagliga arbete

Författare: Caroline Eriksson & Annika Glansk

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Distriktssköterskans upplevelse av att använda motiverande samtal i sitt dagliga arbete

Författare: Caroline Eriksson & Annika Glansk

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2013

Abstrakt

Ohälsosamma levnadsvanor leder till hälsoproblem. En stor del av distriktssköterskans arbete handlar om hälsofrämjande arbete. Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetodik där distriktssköterskan i samarbete med patienten kan locka fram patientens inre motivation till förändring. Syftet var att beskriva distriktssköterskans upplevelse av att använda MI i det dagliga arbetet på vårdcentral. Intervjuer gjordes med tolv distriktssköterskor i Skåne. Resultatet analyserades med innehållsanalys. Resultatet visade att distriktssköterskorna upplevde MI som ett bra reskap samtidigt som det framkom svårigheter att använda sig av metodens verktyg. MI upplevdes som användbart för olika patientgrupper. Dock efterfrågades mer träning och fortbildning i MI. Slutsats är att MI ger goda förutsättningar att lyckas motivera patienter. Dock efterfrågas ett bättre samarbete mellan yrkeskategorier för ett gemensamt förhållningssätt gentemot patienten i förändringsprocessen.

Nyckelord

Distriktssköterskan, Upplevelse, Motiverande samtal, Vårdcentral

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	2
Levnadsvanor	2
Beskrivning av motiverande samtal - MI	4
Empati	4
Diskrepans	5
Rulla med motstånd	6
Kompetens	6
Utbildning i MI	6
Distriktssköterskans roll	8
Syfte	9
Metod	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	10
Förförståelse	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Bakgrundsfakta	13
MI integrerat i arbetet	14
Naturligt förhållningssätt	14
Svårigheter	15
Vid olika patientgrupper	16
Hälsoproblem och omvårdnad	16
Behov av ökad kunskap	17
Träning i tillämpning	17
Fortlöpande utbildning	17
Utmanade	18
Överföra ansvaret till patienten	18
Utgå från patientens nivå	18
Skapa förtroende	19
Åldersanpassning	19
Verktyg för att nå patienten	20
Öppna frågor	20
Locka fram motivationen	20
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Slutsats	26
Referenser	27
Bilaga 1 (2)	31
Bilaga 2 (2)	32

Problembeskrivning

Människor söker sig idag till hälso- och sjukvården bland annat pga. levnadsvanor som har negativ inverkan på hälsan (Rollnick, Miller, & Butler, 2009). För att människan själv ska kunna förbättra sin hälsa krävs en förändring av dessa levnadsvanor. Patientens beteendeförändring har därför en viktig roll för att bidra till prevention av sjukdom och behandling och upprätthållande av god hälsa. Individer kan bidra till sin hälsa genom att välja hälsosamma beteende och undvika ohälsosamma (a.a). Ohälsosamma levnadsvanor ligger till grund för 20 procent av alla för tidiga dödsfall och funktionsnedsättningar i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). Var fjärde person i befolkningen anger sig ha två eller flera ohälsosamma levnadsvanor (Folkhälsoinstitutet, 2010). Vi som blivande distriktssköterskor kommer i stor utsträckning att möta patienter i behov av beteendeförändring för att förbättra sin hälsa. Flera studier har visat att Motiverande samtal (MI) är ett användbart verktyg för distriktssköterskan i mötet med patienter som är i behov av att ändra sitt beteende (Brobeck, Bergh, Odenocrants & Hildingh 2011; Soria, Legido, Escolano, Yeste & Montoya, 2006; Söderlund, Malmsten, Bendtsen & Nielsen 2010). Av den anledningen skulle vi som blivande distriktssköterskor vilja undersöka hur distriktssköterskan upplever användningen av MI i sitt dagliga arbete.

Bakgrund

Levnadsvanor

Människans levnadsvanor har en stor inverkan på hans/hennes hälsa (WHO 2002). Ohälsosamma levnadsvanor, som exempelvis hög konsumtion av alkohol och tobaksbruk, är relaterade till hälsoproblem som t ex högt blodtryck, högt kolesterol och fetma. Dessa hälsoproblem orsakar cirka en tredjedel av sjukdomarna i Europa, Asien och Nordamerika (a.a). Bland Sveriges befolkning är ohälsosamma levnadsvanor ett utbrett problem (Socialstyrelsen, 2010). Den vanligaste dödsorsaken i Sveriges är enligt Folkhälsans årsrapport 2012 hjärt- och kärl sjukdomar (a.a). I Sverige är 15-20 procent av barnen överviktiga och 3-5 procent feta. I åldrarna 16-84 år är cirka hälften av männen och cirka 40 procent av kvinnorna överviktiga eller feta (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Socialstyrelsen

folkhälsorapport (2009) förkortar fetma livet med 6-7 år. Även alkoholkonsumtionen har ökat sedan 1990-talet, där högst konsumtion ses bland män i åldrarna 25-64 år. Detta medför risk för sjukdom och lidande för den enskilda och för vården omfattande kostnader (a.a).

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

Idag finns ingen enhetlig modell för hur vården ska arbeta, för att minska stora hälsorisker och höga kostnader (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) ska hälso- och sjukvården erbjuda någon form av rådgivning när ohälsosamma levnadsvanor är konstaterade hos individen. Det hälsofrämjande samtalet ska stödja individens möjligheter att öka kontrollen över sin egen hälsa och förändra den till det bättre. Användningen av metoderna och resultatet för sjukdomsförebyggande åtgärder uppskattas som kostnadseffektiva på lång sikt, dock resulterar de nya riktlinjerna i ökade kostnader på kort sikt för att utbilda sjukvårdspersonalen (a.a).

När hälso- och sjukvårdspersonal använder MI i samtal med patienter med ohälsosamma levnadsvanor har studier visat att det har positiva effekter. I en litteraturstudie (Britt, Hudson & Blampied, 2004) 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 annan studie där MI jämfördes med traditionell rådgivning inom primärvården i Spanien, visades MI vara mer effektivt för rökavvänjning än traditionell rådgivning (Soria et.al. 2006). I en metaanalys av Rubak, Sandbaek, Lauritzen och Christensen (2005) jämfördes studier som tillämpade MI vid olika sjukdomar. MI hade en betydande effekt i tre av fyra studier och effekten var lika god på fysiska som psykiska sjukdomar. Användningen av MI visade sig även ha god effekt vid korta samtal (15 minuter). Dock var det bästa att ha fler än ett möte med patienten (a.a).

I en SBU-rapport (2009) där syftet bland annat var att undersöka om MI hade bättre effekt på HbA1c och livskvalitet än traditionell rådgivning gjordes en sammanställning av vetenskapligt underlag gällande patienter med diabetes 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.

Beskrivning av motiverande samtal - MI

MI kan användas inom bl.a. hälso- och sjukvård, kriminalvård, skola och psykiatri. MI används vid förändringsarbete för individer med problem pga. alkohol, tobak, matvanor, spelproblem etc. (Folkhälsoinstitutet, 2012). MI beskrevs först år 1983 då det utvecklades som en korttidsbehandling för människor med problematiska alkoholvanor, där patientens motivation är ett vanligt hinder för förändring. På 1990-talet testades MI på andra sorters hälsoproblem, bland annat kroniska sjukdomar och gav positiva resultat (Rollnick al., 2009).

MI är ett sätt att vara med människor, och genom att personalen förstår att samtalsprocessen har betydelse för hur ett samtal utformas kan detta påverka patienters levnadsvanor. Detta visas med en studie av Drevenhorn, Bengtsson, Nilsson, Nyberg och Kjellgren (2012) där avsikten var att öka patienters följsamhet till behandling av hypertoni i samråd med sjuksköterskor som använde sig av MI, med specifik inriktning på levnadsvanor. Positiva effekter på patienternas vikt, fysiska aktivitet, upplevd lägre stressnivå och att fler uppnådde målblodtryck indikerar att MI är en verksam metod för att motivera patienter till följsamhet till sin behandling (a.a.). “Metoden motiverande samtal innebär utforskning mer än uppmaning, stöd snarare än övertalning och bevisföring” (Miller & Rollnick, 2010, s.62).

Vidare beskrivs MI som en effektiv klinisk metod, en stil för rådgivning och psykoterapi. MI bygger på att inre motivation till förändring finns inom patienten och uppgiften blir att i samarbete med patienten locka fram den inte att tvinga fram förändringen ur patienten. Målet med MI är att patienten ska ”bli fri från sina låsningar – att sätta igång förändringsprocessen” (Miller och Rollnick, 2010, s.74). Väl där är patienten beroende av professionellt stöd i olika grad (Miller och Rollnick, 2010). Miller och Rollnick (2010) nämner fyra vägledande principer för MI: empati, diskrepans, rulla med motstånd och kompetens.

Empati

Klientcentrerad och empatisk rådgivningsstil är ett grundläggande och definierande kännetecken för MI. Genom att distriktssköterskan accepterar patientens perspektiv och

lyssnar aktivt på patienten kan hon/han förstå patientens känslor utan att döma, kritisera eller skuldbelägga (Miller & Rollnick, 2010; & Miller, 1983). Syftet är att uppmuntra patienten att fortsätta utforska sina inre tankar och känslor (Miller & Rollnick, 2010). Denna process i MI är grundläggande, där ett ändamål är att lyfta fram de motstridiga inre tankarna om ett beteende som alltid finns, d.v.s. både positiva och negativa. Att aktivt lyssna på patienten kan stärka patientens självkänsla, skapar en terapeutisk relation och patienten känner sig respekterad (a.a.).

Det framkom i en studie av Brobeck et al. (2011) att om sjuksköterskorna i samtal med patienter om beteendeförändringar, lyssnade uppmärksamt till de förändringar som patienten var motiverad att göra och hur patienten ville uppnå sitt mål upplevde sjuksköterskorna att de kunde skapa förtroende och en god kontakt med patienten (a.a.). Ett accepterande förhållningssätt från distriktssköterskan innebär inte att distriktssköterskan måste ha samma åsikt som eller godta patientens perspektiv (Miller & Rollnick, 2010). ”Motvilja mot att förändra problembeteende är vad man kan förvänta sig i rådgivnings- och behandlingssituationer – annars hade ju klienten ha förändrats sig tidigare” (Miller & Rollnick, 2010, s.67).

Diskrepans

Ett mål i MI är att få patienten att utveckla, öka och förstärka viljan till förändring genom att lyfta diskrepansen, d.v.s. att göra patienten medveten om hur det egna beteendet skiljer sig från det som patienten värderar högt (Miller & Rollnick 2010). Vid MI läggs ansvaret på patienten att själv bestämma vilka förändringar han/hon vill göra av eventuella problem (Miller, 1983). Patienten ställer själv upp sina mål och följer sina värderingar till skillnad från att motiverande faktorer utifrån, exempelvis från make/maka, påverkar och tvingar patienten till förändring. Den inre motivationen ökas genom att patienten själv klargör sina egna mål och värderingar och grund till olika beteende. Ett MI-samtal har genomförts väl då patienten själv får lägga fram skäl till förändring, känner tilltro till sin egen förmåga och har för avsikt att genomföra förändringen (a.a.). ”Människor blir ofta mer övertygade av vad de hör sig själv säga, än vad andra säger till dem” (Miller & Rollnick, 2010, s.70).

Detta ligger i linje med Orems omvårdnadsteori som inriktar sig på människans egenvårdskapacitet. Individens ska ha makten att utveckla sin förmåga att använda lämpliga,

tillförlitliga och giltiga åtgärder för att reglera sin egen funktion och utveckling i både stabila eller ombytliga miljöer (Orem, 2001). Vidare nämner Orem (2001) att människan har vissa grundläggande behov, ”universella behov”, som är gemensamma för alla människor oavsett bakgrund, ålder och kultur. Kan människan inte tillgodose sina egna behov, brister det i egenvårdskapaciteten. Är egenvården otillräcklig pga. patientens begränsade eller omfattande vårdbehov, bör sjuksköterskan stödja eller komplettera med åtgärder som krävs för att tillgodose individens behov av egenvård. Målet är att individen ska bli självständig (a.a).

Rulla med motstånd

Distriktssköterskan ska försöka ”bjuda in” patienten i ett MI-samtal (Miller & Rollnick, 2010). Patienten ses som självständig och kapabel; en person- som själv kan hitta idéer när det gäller lösningar på problemet. Att involvera patienten aktivt i beslutprocessen för att lösa problemet är att rulla med motstånd (a.a). Det framkom i Brobeck et al.s studie (2011) att det var viktigt att sjuksköterskan inte ställde orimligt höga krav på patienterna utan visade respekt för det val som patienten hade gjort. Det var även viktigt att patienten tilläts göra förändringar i sin egen takt.

Kompetens

Ett mål med MI är att patienten ska få ökad tilltro till den egna förmågan att kunna genomföra den önskade förändringen (Miller, 1983). Patienten är själv ansvarig för att välja och genomföra sin förändring. Ett generellt mål är att öka patientens tilltro och därmed den egna kompetensen till hans/hennes förmåga att handskas med hinder för och att lyckas genomföra förändringen (a.a). Sjuksköterskorna i Brobeck et. al.s (2011) studie uttryckte vikten av att kunna “backa” och inte bli ivrig och pressa patienten.

Utbildning i MI

För att få kunskap i att använda MI finns utbildning på två till fem dagar. Flera studier visar att sjuksköterskor som gått utbildning i MI, upplevde att deras vetskap om hälsofrämjande åtgärder förstärktes och deras medvetenhet om möjligheter till rådgivning ökade. Efter genomförd MI-utbildning upplevde sjuksköterskorna att mötet med patienten förändrades avsevärt. Innehållet och strukturen av deras möte med patienten förändrades. Personalen

kunde identifiera i vilket stadium av MI- processen patienten befann sig och uttryckte större och djupare förmåga att bedöma patienters vilja att förändra ett beteende och möta patienten på dennes nivå (Casey, 2007; Söderlund et.al. 2010).

I VanEijk-Hustings, Daemen, Schaper och Vrijhoef (2010) studie fick hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, dietister, diabetessjuksköterskor) som arbetade med patienter med diabetes både inom primär- och slutenvården genomgå en MI-utbildning. Det gjordes uppföljning direkt efter utbildningen och efter sex månader. Hälso- och sjukvårdspersonal upplevde sig mer strukturerade och avslappnade med patienten efter utbildningen. Det föreslogs att utbildningen bör vara en kontinuerlig process, där hälso- och sjukvårdspersonalen själva genomgår en beteendeförändring. Sjuksköterskorna uppgav att deras beteendeförändring krävde stor ansträngning. Vid hög arbetsbelastning eller trötthet i slutet av arbetsdagen föll personalen tillbaka till den gamla konversationstekniken. Ett långsiktigt stöd från kollegor och tränare/lärare ansågs vara nödvändigt.

I Caseys (2007) studie framkom att sjuksköterskorna upplevde hinder för att ändra sitt arbetssätt till MI-metodiken. Hinder som beskrevs var brist på tid, hög arbetsbelastning och brist på kontinuitet (a.a.). Enligt Brobeck et al. (2011) betonade flera av sjuksköterskorna att erfarenhet i yrket var viktigt för att lättare kunna lära sig att arbeta med MI. Erfarenheten fick sjuksköterskorna att ta MI ett steg längre och inte bara informera patienterna, utan också motivera dem. Erfarenheten gjorde också att de kände sig trygga i metoden. De poängterade betydelsen av att få träna på MI efter genomgången utbildning. I Söderlund, Madson, Rubak och Nielsens (2011) litteraturstudie där olika aspekter av MI för hälso- och sjukvårdspersonal utvärderades uppgav sjuksköterskorna att deras attityd och struktur i samtalet med patienten förändrades efter genomgången utbildning i MI.

I en annan studie (Britt, Hudson & Blampied, 2004) framhölls det att det är oklart hur mycket utbildning som krävdes för att kunna använda MI på ett effektivt sätt. Att utveckla attityd och kunskap som behövdes för att genomföra ett MI-samtal uppfattades inte som tidskrävande, men de färdigheter som krävdes för att kunna använda MI på ett effektivt sätt kunde ta längre tid att utveckla (a.a.).

Distriktssköterskans roll

En stor del av distriktssköterskans arbete handlar om hälsofrämjande arbete, vilket bl.a. innefattar att förbättra hälsotillståndet för enskilda individer, förebygga hälsa och återställa hälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2008). För att förebygga sjukdom eller skada ska hälso- och sjukvården arbeta förebyggande (HSL 1982:763). Även i kompetensbeskrivningen för distriktssköterskan ska distriktssköterskan ha fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik för att i dialog med individen kunna handleda och ge denne stöd (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

I studien av Brobeck et al. (2011) framkom att sjuksköterskor inom primärvården har erfarenhet av MI som metod för hälsofrämjande arbete och att det är en krävande, berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och ger vägledning i vården. Ett genuint intresse av att använda sig av MI var viktigt och sjuksköterskorna måste vara respektfulla, förstående och empatiska gentemot patienten genom hela processen. MI ansågs vara svårt att använda fullt ut under vissa omständigheter och fann att metoden ibland kunde begränsa deras arbete. Ibland använde de endast vissa MI-tekniker, som de trodde var effektiva i vissa praktiska verkliga situationer.

I Söderlund et al.s (2010) studie upplevde sjuksköterskorna att MI hade en fördel gentemot traditionell rådgivningsmetod för att påverka patientens motivation och beteende. Distriktssköterskan bör i sitt samtal med patienten ha en partnerliknande relation och undvika att vara auktoritär. Hon/han ska ta hänsyn till patientens egen expertis och perspektiv, och försöka skapa en positiv personlig atmosfär som främjar förändring (Miller och Rollnick, 2010). I Caseys studie (2007) uppgav sjuksköterskorna att med hänsyn till patienternas tillstånd var tidpunkten för användandet av MI avgörande. Även vilket förhållande de hade till patienten hade betydelse. De använde sig inte av MI om de ansåg att patienternas psykiska eller fysiska tillstånd var för dåligt (a.a.). Att hålla kontakten med patienten en viss tid efter det att han eller hon hade nått målet för att följa upp patienten ansågs viktigt (Brobeck et al., 2011).

Flera studier beskriver MI som ett användbart verktyg (Brobeck et al.2011; Söderlund et.al., 2011), gör jämförelser mellan MI och vanlig traditionell rådgivning (Casey, 2007; Söderlund

et al. 2010) och redovisar sjuksköterskornas attityder till MI (Söderlund et al. 2010). Resultat från samtliga artiklar visar på sjuksköterskornas uppfattning om MI och vilken betydelse MI har för samtalet.

Syfte

Syftet var att beskriva distriktssköterskans upplevelse av att använda Motiverande samtal i det dagliga arbetet på vårdcentral

Metod

Denna studie är gjord med en kvalitativ ansats. Studiens material samlades in genom intervjuer. Målet med kvalitativ forskningsintervju är att förstå informantens perspektiv gällande aktuellt område. En intervju är ett samtal, som går ut på att utbyta åsikter och synpunkter d.v.s. att från den intervjuandes eget perspektiv förstå informantens upplevda erfarenheter inom aktuellt område (Kvale & Brinkmann, 2009).

Urval av undersökningsgrupp

Totalt tolv kvinnliga distriktssköterskor intervjuades runt om på vårdcentraler i Skåne mellan april och september 2013. Distriktssköterskorna hade genomgått MI-utbildning och fyra av dem arbetade med både vuxna och barn och resterande arbetade endast med vuxna. De sjuksköterskor som saknade specialistutbildning och utbildning i MI exkluderades. Målet var att genomföra 15-20 intervjuer eller efter att det insamlade intervjumaterialets kvalitet beräknades utgöra tillräckligt underlag för tolkning och analys (Polit & Beck, 2012). Målet var även att intervjuerna skulle ta 30-60 minuter. Verksamhetscheferna på 37 vårdcentraler i Skåne blev kontaktade via e-post med förfrågan om tillstånd för att kontakta distriktssköterskor till studien. Utav dessa 37 gav åtta verksamhetschefer tillstånd att kontakta distriktssköterskor för deltagande i studien. I informationsbrevet till verksamhetscheferna beskrevs syftet med studien, vilka personer som skulle ingå, kontaktuppgifter vid frågor och samtyckesblankett. I samband med att samtycket gavs av verksamhetschefen, efterfrågades e-postadress till distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Av de 14 tillfrågade nekade två distriktssköterskor att delta i studien och nio verksamhetschefer pga. tidsbrist av

olika anledningar som omorganisation, införande av nytt journalsystem och andra saknade MI- utbildade distriktssköterskor. Resterande 18 vårdcentraler återkom aldrig, trots påminnelser vilket tolkades som negativt svar. Då verksamhetschefen godkände att distriktssköterskor på dennes enhet intervjuades, kontaktades vissa distriktssköterskor via telefon andra via e-post och några intervjuer bestämdes genom verksamhetscheferna. Samtliga distriktssköterskor erhöll informationsbrev med bifogad samtyckesblankett. På en av de åtta vårdcentralerna där verksamhetschef godkände genomförande av studien, ville inte distriktssköterskorna delta.

På grund av svårigheter att få tag i deltagare, erhöles även en deltagarlista med e-postadresser till distriktssköterskorna som gått MI-utbildning av ansvarig utbildare. En av dessa distriktssköterskor var redan intervjuad, men de resterande 29 kontaktades via e-post. En av dessa svarade att hon ville delta i studien.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer (Bilaga 1). Det innebär att intervjuaren använder en intervjuguide som innehåller ett fåtal frågor som ska omfatta de mest väsentliga områdena för studien. En intervju är ett professionellt samtal, som kontrolleras av intervjuaren i avsikt att begränsa samtalet till undersökningens syfte. Vid en intervju får informanten själv beskriva sina åsikter, förhoppningar och synpunkter för forskaren. Intervjupersonen bör ha goda kunskaper inom området och vara insatt i intervjufrågorna (Kvale & Brinkmann, 2009). Frågorna i intervjuguiden formulerades utifrån syftet i studien (Creswell, 2007; Polit & Beck 2012).

Genomförande av datainsamling

Innan datainsamlingen påbörjades utfördes en provintervju med hjälp av den framtagna intervjuguiden. Frågorna i guiden upplevdes som relevant till studies syfte. Kvale och Brinkmann (2009) nämner att intervjuas lär man sig genom praktik och träning samt genom observation av andra och att få återkoppling av egna handlingar.

Frågornas struktur och ordningsföljd kan förändras under intervjun för att följa upp svaren och berättelserna från den intervjuade. Under intervjun är det viktigt att få ett rikligt och

uttömmande svar från informanten (Kvale & Brinkmann, 2009). Under den första intervjun tillkom ett område som den första distriktssköterskan kom in på d.v.s. att det fanns skillnader i hur MI kunde användas beroende på patientens ålder. Författarna fortsatte att täcka in detta område i resterande intervjuer.

Distriktssköterskorna fick välja tid och plats för intervjun. Samtliga intervjuer genomfördes hos distriktssköterskorna på hennes mottagning. Vid de fem första intervjuerna medverkade båda författarna där den ena intervjuade och den andra skötte inspelningsapparaturen. Därefter intervjuade författarna distriktssköterskorna var för sig pga. tidsbrist. Enligt Trost (2011) kan informanten känna sig underlägsen vid mötet med två intervjuare, men det kan samtidigt vara positivt, då intervjuarna lättare kan ta till sig informationen från informanten och öka möjligheten till förståelse. Innan varje intervju informerades informanterna om studiens syfte, hur studien var upplagd och frivillighet till att delta i studien poängterades. För att informanterna skulle känna sig avslappnade fick de börja berätta om sin bakgrund och MI-utbildningen de gått. Därefter fick de berätta om sin syn på användbarheten av MI. Varje intervju varade mellan 15-30 minuter och efter varje intervju upplevde författarna att materialet var rikligt samt svarade mot studiens syfte.

Probing användes vid samtliga intervjuer för att få mer fördjupning i svaret (Polit & Beck, 2012). Det innebär att vid behov av fördjupning eller utvidgning av svar ställdes följdfrågor som exempelvis ”Hur menar du då?” (a.a). Inspelningsapparaturen bestod av författarnas Iphone/android och ljudfilerna sparades på USB-minne för att författarna skulle kunna gå tillbaka och lyssna under transkriberings- och analysarbetet. Intervjumaterialet som framkom var till stor del relevant, endast ett fåtal meningar utslöts eftersom det ej svarade mot studiens syfte.

Förförståelse

All tolkning av text påverkas av författarnas personliga historia (Granheim och Lundman, 2004). Forskaren samlar in data och genomför analysen, därför kan forskarens egna erfarenheter inom forskningsområdet vara viktiga. Det finns alltid stråk av forskarens förförståelse med i analysen (a.a). Författarna har ingen egen erfarenhet av MI metoden i patienten arbete, men är legitimerade sjuksköterskor som arbetar med hälsoinriktat patientarbete.

Genomförande av databearbetning

Kort efter varje intervju transkriberades de. De första tre intervjuerna transkriberades av författarna tillsammans och de resterande nio intervjuerna delades upp mellan författarna. Varje intervju kodades till en siffra, 1-12, för att kunna gå tillbaka till intervjun.

Intervjumaterialet analyserades genom innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004). Graneheim och Lundmans (2004) menar att en manifest innehållsanalys rör vad som står i texten dvs. inga tolkningar görs eller underliggande meningar letas efter medan latent analys innebär att ta fram vad texten talar om, dvs. underliggande meningar i texten.

Innehållsanalys innebär beskrivning av variationer av olika texter genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Meningar, stycken eller ord som överensstämde med studiens syfte plockade författarna ut var för sig och satte in i en tabell (Bilaga 2). Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna var för sig, vilket innebar att författarna sammanfattade de meningsbärande enheterna utan att något av innehållet gick förlorat, därefter skapade författarna en kod tillsammans. Koden var en kort beskrivning av kondenseringen vilket överensstämmer med Graneheim och Lundmans (2004) metoden för innehållsanalys. Koderna diskuterades fram tillsammans av författarna.

Tabellerna med de meningsbärande enheterna och koderna skrevs ut i pappersformat och koder som hade likartat innehåll grupperades och därefter diskuterades kategorier och underkategorier fram som stämde överens med studiens syfte. Författarna hade som mål att göra en manifest innehållsanalys. När de meningsbärande enheterna togs ut användes även en viss latent innehållsanalys på låg abstraktionsnivå. Författarna ansåg sig ha grundkunskap om MI, däremot har författarna inte gått MI-utbildningen. Dessutom har författarna mindre erfarenhet av mottagningsarbete.

Etisk avvägning

Innan utskick till verksamhetscheferna på vårdcentralerna erhöles ett rådgivande yttrande av studiens genomförande från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Verksamhetscheferna på vardera vårdcentral godkände genomförandet av studien utifrån projektplanen. Informanterna informerades om studiens syfte, hur studien var upplagd och frivillighet till deltagande poängterades. Konfidentialitet försäkrades och att endast studiens ansvariga hade tillgång till intervjuerna. Inga deltagare skulle kunna identifieras i den slutgiltiga rapporten.

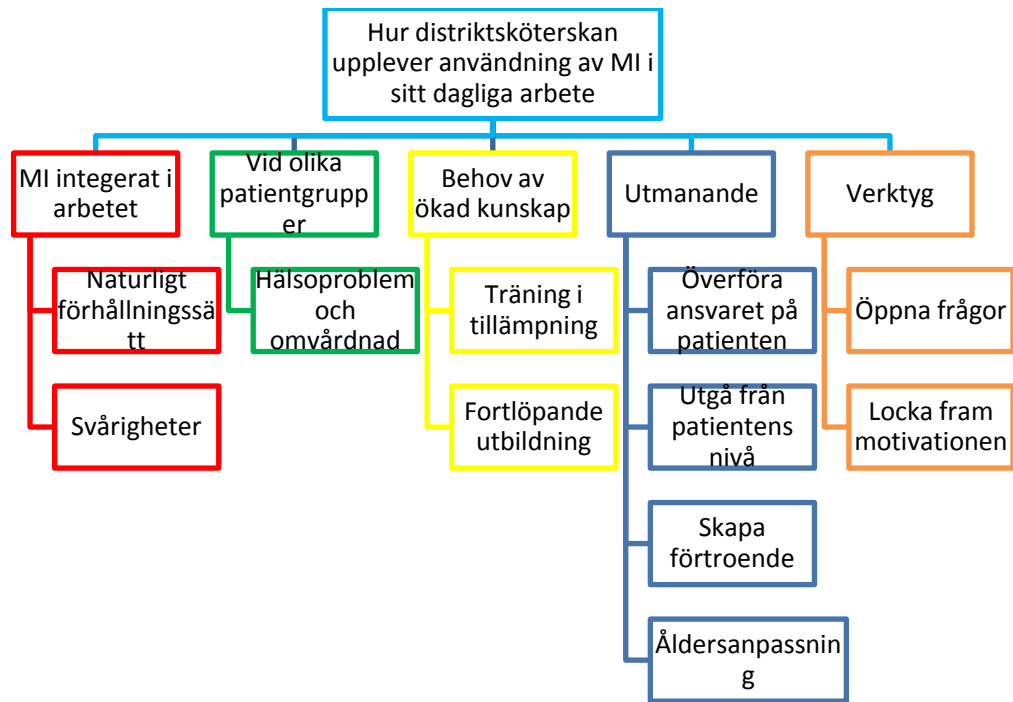
Informanterna informerades om rätten att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale och Brinkmann (2009) betonar vikten av noggrannheten, men svårigheter med, att ge information om undersökningen, då det inte får bli för detaljerat men betydelsefulla aspekter får inte heller utelämnas för informanten (a.a). Varje informant som godkände deltagande i studien fick skriva under en samtyckesblankett som skickats med informationsbrevet. Detta gjordes i samband med intervjun då ingen av informanterna hade skrivit på den innan. Informanterna informerades även om att intervjun skulle spelas in på Iphone/android telefon och att allt material kommer att förstöras efter examination av uppsatsen.

Resultat

Bakgrundsfakta

Av de tolv distriktssköterskor som intervjuades arbetade alla på vårdcentral och hade gått utbildning i MI. De hade arbetat 1-34 år. Två distriktssköterskor arbetade även som diabetessjuksköterska, fyra arbetade både med barn och vuxna, tre arbetade dessutom med astma/KOL-mottagning och en av dessa hade även tobaksavvänjning samt överviktsmottagning. Distriktssköterskorna hade gått utbildning i MI omfattade 2-3 dagar på olika orter i Skåne, allt från 6 månader sedan upp till för 7 år sedan.

I analysen om distriktssköterskornas upplevelser av att använda MI i sitt dagliga arbete framkom fem huvudkategorier och elva underkategorier (Figur 1). Huvudkategorierna som framkom var MI integrerat i arbetet, Vid olika patientgrupper, Behov av ökad kunskap, Utmanande och Verktyg. Dessa används som rubriker i presentationen av resultatet. Citat från intervjuerna används för att förtydliga, ge exempel och styrka resultatet. Citaten är försedda med ett nummer som representerar en informant som deltagit i studien.



Figur 1. Översikt av studien syfte samt analysens kategorier och underkategorier

MI integrerat i arbetet

Naturligt förhållningssätt

Distriktsköterskorna upplevde MI som ganska naturligt att använda och de integrerade metoden i många olika situationer, beroende på patientens problem. *”Det känns naturligt att jobba så, jag tycker att vi gör det i många situationer”* (3). *”Jag tror att jag tänker rätt så naturligt. Faktiskt. Ja gör jag”* (4). MI var ett bra redskap att använda sig av utan att behöva tänka på det. Det framkom synpunkter om att det ingår i yrkesrollen att motivera patienten. MI hade blivit ett förhållningssätt och de hade förändrat sitt arbetssätt jämfört med hur de arbetade för tio år sedan. Andra distriktsköterskor menade att de använt MI länge, men nu hade de fått ett namn på det. De tyckte inte det var någon större skillnad att arbeta med MI jämfört med deras tidigare arbetssätt. De hade funnit sättet att arbeta på och menade att antingen tycker man att verktyget är bra eller dåligt vilket speglade sig i distriktsköterskan användning av verktyget.

En del distriktsköterskor planerade i förväg att använda MI och andra menade att de kom i kontakt med så många och olika patienter att de i många fall kunde tillämpa metoden spontant. *”Ehhh, det som jag då kan tänka på liksom för att jag träffar ju många patienter varje dag så att man... ehhh... kommer i kontakt med väldigt många och i många fall så kan*

man ju ändå liksom tillämpa den här metoden och ehh (pause)'' (10). MI användes varje dag, vid alla samtal och andra uppgav att de tillämpade MI så mycket de kunde.

Distriktssköterskorna ansåg att om de inte använde sig av MI så lyckades de inte med patienten. MI integrerades även i telefonrådgivning och uppfattningen var att MI kunde hjälpa patienten även där. Genom att använda MI upplevdes patienten oftare nöjd utan att ha fått ett läkarbesök. MI kändes så bra att metoden integrerats i privata samtal, då det upplevdes lättare att prata med någon.

Svårigheter

Distriktssköterskorna upplevde flera svårigheter med att tillämpa MI. De kände sig bland annat omkullkastade av att plötsligt behöva ändra sitt arbetssätt efter flera år. Detta ledde till osäkerhet om hur de skulle formulera sig. Metoden upplevdes som krånglig och onaturlig pga. Att de skulle formulera öppna frågor, upprepa vad patienten sagt och göra sammanfattningar, vilka är verktyg, som ingår i MI. Det framkom meningar om att det krävs träning och att de kände sig tvungna att bestämma innan mötet med patienten om de skulle använda sig av MI-metoden eller inte. Efter en längre ledighet var de även tvungna att anstränga sig extra mycket för att komma in i metoden igen.

Svårigheter att inte falla in i gammalt mönster med att berätta, informera och använda pekpinningar framkom. *“Sen behöver man med jämna mellanrum påpeka så att man inte faller till att bara predika och berätta hur folk ska göra” (12).* I telefonrådgivning orkade de ibland inte använda sig av MI när den nionde patienten ringde om hosta. Distriktssköterskorna som arbetade med patienter med diabetes hade svårigheter att använda sig av MI tillsammans med olika register som skulle fyllas i t ex nationella diabetesregistret. Registret upplevdes som svårt att samspela med MI pga. parametrarna som skulle mätas och frågor ställas om saker som skulle in i registret. Det var även svårt när patienterna önskade en lista på vad de exempelvis skulle äta osv.

Vid stress glömdes eller prioriterades MI bort, som exempelvis vid telefonrådgivning där det ibland kunde hända att distriktssköterskorna kände att de inte hann med att använda sig av MI. Omorganisation var ett annat problem som upplevdes påverka att inte aktivt arbeta enligt MI. Samtidigt menade de att mest troligt är det att det går lika snabbt att ha ett MI-samtal som

ett ”vanligt”, bara man lärt sig ”knepet”. ”I bland tänker man så när man har bråttom att jag skiter i det idag och då måste man ju bara rabbla ner allting och det är ju lite synd” (8).

Om de körde fast, dvs. att patienten inte var riktigt motiverad vid just ett möte, så följde de upp patienten exempelvis genom telefonkontakt eller med återbesök efter en vecka eller ännu längre för att få feedback. ”Vissa säger att nej, jag vill inte sluta röka, det är ju inte lönt. Då är det inte lönt att göra något i det skedet utan jag kallar ju tillbaka alla mina patienter minst en gång om året. Så då får man ju ta det igen” (12).

Vid olika patientgrupper

Hälsoproblem och omvårdnad

Distriktssköterskorna upplevde MI som användbart för olika patientgrupper. Det ansågs vara ett bättre instrument inom vissa områden och mindre bra inom andra. Det var lättare att använda sig av MI vid problem som fetma, alkohol, tobaksavvänjning, kost och motion medan andra använde sig av MI i samtal med patienter med inkontinens och diabetes. Vid alla förändringar av levnadsvanor var MI användbart samt vid samtal med fåordiga patienter. Någon upplevde det svårt att använda sig av MI vid blodtryckskontroller eftersom de måste ägna sig åt själva mätningen. Samtidigt menade andra att MI var användbart i samband med blodtryckskontroller, ”det är många som kommer på blodtryckskontroller då tänker man och funderar lite på livsstil och lite så” (6). Att utveckla blodtrycksmottagningen och använda sig mera av MI, just för att få följa patienten under förändringen av levnadsvanor och sedan följa upp patienten en längre tid efteråt var något som framkom. MI ansågs viktigt att arbeta utifrån vid psykosociala problem.

Distriktssköterskorna var överens om att MI var användbart på olika sätt vid samtal med patienter som kom för såromläggningar och eksem. Det kunde vara att de vid en såromläggning upptäckte att patienten luktade rök och försökte då använda sig av MI eller när patienter återkom med uppklippta lindor och inte gjort som bestämts vid föregående besök. De menade att det inte blev framsteg i behandlingen om de inte hade patienten med sig. Patienten måste motiveras till att vilja ha sina ben lindade eller få insikt om vikten att använda stödstrumpor. Andra sammanhang som de upplevde att MI hade god effekt var i samband med att patienter kom till vårdcentralen för att ta sin Antabustablett. MI ansågs inte passande

att använda i alla samtal exempelvis vid spolning av poth-a-cath eller pickline då det var en åtgärd som utfördes och inget behov av förändring fanns.

Behov av ökad kunskap

Träning i tillämpning

Distriktssköterskorna kände att de inte praktiskt hade integrerat MI i sitt arbete utan de behövde fortfarande fokusera på verktygen. Någon distriktssköterska var ny på arbetsplatsen och upplevde att hon inte utövat MI i så stor utsträckning ännu. Andra hade kommit längre i sin användning av MI på diabetesmottagningen jämfört med allmän vuxenmottagning. En del upplevde MI som intressant, men trots detta så arbetade de ej aktivt med MI. De uttryckte att de hade det i tankarna vid patientmötet och tränade på att använda MI. Andra arbetade väldigt aktivt med MI. Gemensamt var att de upplevde att MI är något som måste växa fram, att det är mycket att träna på i mötet med patienten och att man blir bättre med tiden och kan utvecklas mer. *”Det är inget man lär sig använda på 2-3 dagar utan det är mer att man lär sig tänka...ja men nu ska jag inte bara göra så, säga till patienten nu är det si eller så de här”* (6).

De upplevde att efter MI-utbildningen kom de in i ”MI-tänket”. Någon distriktssköterska kände att hon, genom att spela in samtal med patienterna, kunde utvecklas efter utbildningen och bli bättre på att arbeta med MI.

Fortlöpande utbildning

Förhoppning om att vidareutveckla sina MI-färdigheter ännu mer exempelvis genom regelbundna uppföljningar eller genom att komma ut och kanske lyssna på någon annan för att kunna integrera det mer i sitt arbete poängterades. *”... men jag tyckte den var bra så jag vill gärna gå fortsättningen jag tyckte jag ja, jag tyckte den var bra, var bra ledare och så”* (1). En del upplevde att de behövde något mer än kursen och andra upplevde att MI borde läras ut redan i specialistutbildningen till distriktssköterska. Någon uppgav att hon hade haft användning av MI när hon var ny som distriktssköterska.

Önskemål fanns om att alla olika medarbetare (chefer, undersköterskor, sekreterare, läkare) skulle gå utbildningen för att på så sätt få ökat stöd från verksamheten och för att förbättra samarbetet mellan olika medarbetare. Distriktssköterskorna ansåg att det krävdes mer medicinsk kompetens av henne då det i samtalen om patientens motivation behövde lyfta konsekvenserna av fortsatt ohälsosamt beteende eller vilka konsekvenser som förändring av ett beteende kunde leda till.

Utmanade

Överföra ansvaret till patienten

Det framkom att MI bygger på att få patienten att ta ansvar för sin egen situation genom att patienten själv får komma med egna lösningar och bygga vidare på det. Några upplevde att patienten ofta inte insåg sitt eget ansvar utan trodde att sjukvården skulle göra jobbet åt dem, d.v.s. att sjukvården bar ansvaret. Distriktssköterskorna underströk att det är viktigt att lägga över ansvaret på patienten genom att patienten själv får lägga fram förslag och att distriktssköterskan inte säger vad patienten skall göra. *"Att patienten har insikt över vinsterna och att det inte är jag som säger att dem SKA, utan dem läger själv fram det här kognitiva; att jag behöver förändra och på vilket sätt kan du förändra" (2).*

Vikten av att inte tvinga patienten, utan att patienten måste få arbeta i sin egen takt betonades annars var det lätt att patienten kände sig rädd och osäker och då inte återkom. Vid en mer avslappnad attityd från distriktssköterskans sida, kände patienten att distriktssköterskan var intresserad och inte lade någon skuld på patienten. *"Sen är det mycket att dem får mellan besöken ... hem... och tänka lite själv hur dem vill ha det och så tar man upp det på nästa möte" (11).*

Utgå från patientens nivå

Det var viktigt att möta patienten där den befann sig i förändringsprocessen och därifrån arbeta vidare. Att ta det i patientens takt var viktigt och om distriktssköterskan upplevde att patienten inte var redo för förändring ansågs det inte lönt att arbeta vidare just då utan patienten fick återkomma. *"Att utifrån en person som jag har framför mig, den nivån den lägger sig på att jag kan bygga på det och dem har insikt över vinsterna..." (2).* De beskrev

det som att det inte hjälpte vilken kompetens och vilja distriktssköterskan hade, för om patienten befann sig på en annan nivå och hade taggarna utåt så var patienten inte redo för förändring och fick istället återkomma vid senare tillfälle.

Att respektera patienten för vem och hur den är ansågs som en betydande del i MI.

Distriktssköterskorna menade att möjligheten till förändring delvis beror på hur individen bor, lever och vem den lever med, vilket bagage och möjligheter som finns. Alla patienter är inte mottagliga, så alla lyckades de således inte med.

Skapa förtroende

Grunden till ett bra MI-samtal var att vinna patientens förtroende genom en god kontakt och kommunikation med patienten vilket ansågs vara en förutsättning för att MI skulle ha någon effekt. Vid användandet av MI upplevde de att patienten blev mer delaktig, behandlingen blev framgångsrik, patienten återkom och förändring skedde. *"Det gäller det växer fram ett förtroende för då kommer dem igen och då kan man göra små förändringar som leder till något positivt för dem"* (5). *"just och liksom får patienten med på... på... i samtalet tycker jag är en förutsättning för att lyckas"* (3).

Många av distriktssköterskorna beskrev att genom uppmuntran och att se fördelarna i förändringsprocessen istället för nackdelarna upplevde de att ett förtroende växte fram. Genom att ge beröm för små förändringar upplevde de att de nådde patienten lättare.

Åldersanpassning

Yngre patienter var väldigt pålästa jämfört med äldre och mer medvetna om att själva finna lösningen innan de kom till distriktssköterskan. Ibland upplevde distriktssköterskan att de yngre visste vilka frågor hon skulle ställa och önskade färdiga lösningar. Det var lättare att motivera yngre patienter än äldre patienter eftersom de äldre ofta hade invanda rutiner i sitt sätt att leva. Äldre patienter, som kom på återkommande besök, blev förvirrade när distriktssköterska ändrade sitt arbetssätt och ställde öppna frågor. *"Känns osäkert med äldre människor för där har jag kört samma ritual i alla år och nu helt plötsligt så kommer jag och säger något annat och då blir de förvirrade"* (8). Samtidigt var äldre patienter mer

tillmötesgående än yngre. Den yngre generationen levde mer för stunden och tog lättare på tillvaron.

Verktyg för att nå patienten

Öppna frågor

Öppna frågor som börjar med vad, hur och på vilket sätt var betydelsefulla verktyg. *"Hur, när och var är ord som jag använder mycket. Hur kan du göra detta... På vilket sätt kan du ändra på det? Vad leder detta till tycker jag är jättebra"* (2). Med hjälp av öppna frågor gick samtalet lättare vidare, kommunikationen blev bättre. Genom att ställa öppna frågor fick patienterna tänka hur de ville lägga upp en eventuell förändring för framtiden. Patienten kunde motivera sig själv, fick själv identifiera sitt problem och fundera ut lösningar och nya tankesätt. Att så ett frö ledde ofta till en förändring. Flera distriktssköterskor upplevde att patienterna ofta hade egna lösningar på sina problem om de fick tänka själv och fick tid att formulera sig. De kunde tydligt märka att de ställde annorlunda frågor idag än innan MI-utbildningen. De lade upp arbetet på ett annat sätt än tidigare genom att ställa öppna frågor, invänta patientens funderingar och låta patienten komma med egna lösningar på sitt problem. Att fråga om patientens förväntningar och farhågor ansågs viktigt. Vid slutna frågor serverade de svaret till patienten och kom inte vidare i arbetet med att motivera patienten.

Locka fram motivationen

Många beskrev att poängen med MI var att kunna locka fram motivationen, men en del upplevde svårigheter med det. *"Så ibland får det ta lite tid, processen. Försöka hitta problemet. Som sagt ibland tar det längre tid och ibland går det jätte snabbt att få folk med på det"* (3).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet för studien var att förstå informantens perspektiv gällande hur distriktssköterskor upplevde MI i sitt arbete. Datainsamling genom kvalitativ ansats och intervjuer som metod föreföll då lämplig (Kvale och Brinkmann, 2009).

Enligt Granheim och Lundman (2004) granskas kvalitén i kvalitativa studier med utifrån trovärdighet och överförbarhet. Trovärdighet omfattar studiens giltighet och tillförlitlighet dvs. genomförandet och redovisningen av datainsamlingen och analysen respektive att studien är oberoende författarnas perspektiv (a.a)

På grund av att antalet verksamhetschefer/ distriktssköterskor avböjde till deltagande i studien eller svar uteblev utökades området till hela Skåne. Trots utökat område uppnådde författarna fortfarande inte målet med 15-20 informanter. Ett annat sätt att försöka expandera antalet informanter var att bortse från att distriktssköterskorna endast skulle arbeta med vuxna och därmed inkluderades distriktssköterskor som arbetade med både vuxna och barn. Enligt Polit och Beck (2012) finns det inte regler gällande krav på exakt antal informanter vid kvalitativa studier. Studiens trovärdighet kan ha påverkats eftersom urvalet mer förefaller ha blivit ett bekvämlighetsurval dvs. de informanter som fanns tillgängliga ingår i studien (a.a).

Giltigheten kan ha stärkts genom lyhördheten för informanterna under intervjun (Kvale och Brinkmann, 2009). Vid första intervjun tillkom en ny fråga på intervjuguiden. Frågan var om det fanns skillnader i hur MI användes beroende på patientens ålder vilket togs upp av informanten och studiens författare ansåg frågan som betydelsefull.

Vid de första fem intervjuerna var båda författarna närvarande, därefter genomfördes intervjuerna av en författare åt gången. Detta kan ha haft betydelse för varje enskild intervjusituation. Informanten kan ha känt sig mer avslappnad att endast träffa en författare, vilket kan ha lett till ett mer giltigt resultat (Kvale & Brinkmann, 2009). En nackdel med att författarna utförde intervjuerna ensamma kan vara att författaren inte kunde koncentrera sig

på intervjun utan var steget före och tänkte på nästa fråga eller att författaren var tvungen att sköta inspelningsapparaturen själv under intervjun.

De första tre intervjuerna transkriberades tillsammans dels för att författarna skulle komma in i arbetssättet men även för att transkriberingarna skulle utföras på likartat sätt. Detta kan ha påverkat tillförlitligheten i resultatet genom att transkriberingen trots det skiljde sig åt och viktiga ord kan omedvetet ha uteslutits. Kvale och Brinkmann (2009) nämner att tillförlitligheten kan påverkas om två olika personer transkriberar materialet. De nämner även att giltigheten av en transkribering är komplex dvs. att göra en utskrift av en intervju innebär att översätta från talspråk till skriftspråk, vilket kan påverka intervjuutskriftens giltighet. Informantens tonläge, pauser, repetitioner etc. kan påverka transkriberingen (a.a). Efter transkriberingen bearbetades det insamlade datamaterialet av två författare, vilket kan ses som en styrka och tillförlitligheten till resultatet stärkts. Kvale och Brinkmann (2009) menar att dataprogram för att analysera materialet kan bespara författarna mycket arbete och kan bidra till att författarna kan koncentrera sig på viktiga tolkningar från intervjun. Inget dataprogram användes i aktuell studie, vilket lett till ett mer tidskrävande arbete och viktiga tolkningar kan ha missats.

Informanternas sätt att prata, uttrycka sig, samt gestikulera kan ha påverkat resultatet. Då en del informanter uttryckte sig väldigt väl och mycket medan andra var lite mer lågmälda och fyllde ut med ord för att tänka efter vad de skulle säga kan detta ha påverkat resultatet genom feltolkningar beroende på informantens uttryck i ord och gester. Därmed kan analysen ha påverkats. Författarna anser dock att varje intervju var innehållsrik och informanternas svar liknade varandra, vilket kan ha sitt ursprung i att alla distriktssköterskor gått utbildningen i MI. Målet var att intervjuerna skulle vara 30-60 min. Författarna upplevde att större delen av intervjuerna innehöll relevant information som svarade mot studien syfte trots att intervjuernas längd och antal ej uppnådde utsatt mål vilket stärker tillförlitligheten. Polit och Beck (2012) menar att mättnaden är uppnådd då ingen ny information framkommer vid intervjuerna.

Författarnas förförståelse och erfarenheter kan ha påverkat analysarbetet. Det fanns en medvetenhet hos författarna om detta speciellt under genomförandet av analysen. Ingen av författarna har gått MI-utbildning, vilket initialt tolkades som en svaghet. Dock, under studiens gång, upplevde författarna det som en styrka att ha mindre kunskap i ämnet än

informanterna. Eftersom författarna saknar kunskap att använda verktyget i praktiken fanns få förutfattade meningar.

Genom att tydlig redovisa forskningsprocessen kan överförbarheten av studiens resultat och slutledning stärkas (Granheim och Lundman, 2004). Hela forskningsprocessen har beskrivit och citat har infogats i resultatet. Gällande överförbarheten till andra kontexter är det läsaren som avgör resultatets överförbarhet (a.a)

Diskussion av framtaget resultat

Distriktssköterskorna skall enligt HSL (1982:763) arbeta för att förbygga sjukdom eller skada. Även Distriktssköteföreningen (2008) nämner att en stor del av distriktssköterskans arbete handlar om hälsofrämjande arbete. Samtliga distriktssköterskor i studien hade erhållit sin utbildning i MI via sin arbetsplats. De önskade att få regelbundna uppföljningar för att utveckla MI-kunskaperna vilket överensstämmer med vad VanEijk-Hustings et.al (2010) kom fram till i sin studie om att utbildningen bör vara en kontinuerlig process eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen själva genomgår en beteendeförändring.

Distriktssköterskorna i studien uppgav att MI inte var något man lärde sig på några dagar utan det var något som växte fram. De upplevde att de behövde mycket träning för att använda MI i mötet med patienten och med tiden blev de bättre på att använda sig av MI. Detta visas även på i studien av Brobeck et. al (2011) som fann att distriktssköterskorna måste träna på MI för att kunna använda det på ett bra och framgångsrikt sätt.

Enligt Socialstyrelsen (2010) är ohälsosamma levnadsvanor ett utbrett problem bland Sveriges befolkning (a.a.). När ohälsosamma levnadsvanor har konstaterats hos individen ska hälso- och sjukvården erbjuda rådgivning. Individens potential att öka kontrollen över sin egen hälsa och genomföra en förändring till ett mer hälsosamt levnadssätt ska stödjas (Socialstyrelsen, 2011). Distriktssköterskan skall även ha fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik (Distriktssköterskeföreningen, 2008). I resultatet framkom att distriktssköterskorna upplevde MI som användbart vid alla förändringar av levnadsvanor t ex. vid fetma, alkoholproblem, tobaksavvänjning, diabetes och brist på fysisk aktivitet. Flera studier har visat att MI är användbart för distriktssköterskor i mötet med patienter som är i behov av att ändra sitt beteende (Brobeck et.al 2011; Britt, Hudson och

Blampied, 2004; Soria et al, 2006; Söderlund, et.al, 2010). I motsats till detta framkom det i en SBU- rapport (2009) där syftet bland annat var att ta reda på om MI hade bättre effekt än traditionell rådgivning på HbA1c och livskvalitet, att MI inte hade någon betydande effekt på HbA1c jämfört med kontrollgrupp vid mätningar efter 6 månader upp till 1 år hos patienter med diabetes.

Att implementera MI i det dagliga arbetet upplevdes som en svårighet av distriktssköterskorna i vår studie. Stress och omorganisation var bland annat faktorer i arbetsmiljön som påverkade deras användning av MI negativt. De nämnde även att de prioriterade bort eller glömde MI när det var stressigt, pga. av att MI upplevdes som mer tidskrävande. Distriktssköterskan orkade tillslut inte använda MI vid upprepad telefonrådgivning. I både Caseys (2007) samt Britt, Hudson och Blampieds (2004) studier nämns att färdigheter att utveckla MI kan upplevas som tidskrävande. Även i studien av VanEijk-Hustings et.al. (2010) uppgav sjuksköterskorna att användning av MI krävde en stor ansträngning och vid hög arbetsbelastning eller trötthet i slutet av arbetsdagen föll personalen tillbaka till den gamla konversationstekniken. Anledningen till varför distriktssköterskorna känner att det tar längre tid och att de inte orkar använda sig av MI vore intressant att undersöka i en framtida studie.

Ett behov av att fler kollegor, både läkare, sekreterare och undersköterskor skulle utbildats i att använda MI för att få ökat stöd och förbättra samarbetet framkom i studien. I VanEijk-Hustings et.al. (2010) studie där olika yrkeskategorier gått MI-utbildning framkom att de upplevde sig mer strukturerade och avslappade.

Distriktssköterskorna upplevde att för dem handlade MI om att få patienten att ta ansvar för sin egen situation. Genom att patienten själv fick lägga fram förslag var det ett sätt att lägga över ansvaret på patienten och på så vis säger inte distriktssköterskan vad patienten skall göra. Det verifieras av Miller (1983) som anger att ansvaret ska läggas på patienten att själv bestämma vilka förändringar han/hon vill göra av eventuella problem. Patienten behöver också få en ökad tilltro till den egna förmågan att kunna genomföra förändringen.

Det var viktigt för distriktssköterskorna i vår studie att möta patienten där denne befann sig i förändringsprocessen och inte pressa patienten att utföra levnadsvaneförändringar. Det kändes viktigare att hjälpa patienten genom att utgå från patientens förutsättningar. De påtalade vikten av att patienten måste vara mottaglig för förändring, vilket även framkom i Brobeck et

al.s (2011) studie samt i Miller (1983) som nämner att patienten själv bör bestämma vilka förändringar han/hon vill göra. Distriktssköterskorna nämnde även att det inte spelar någon roll vilken kunskap och vilja de har om inte patienten var redo för förändring. Detta poängteras även av Miller (1983) och Brobeck et. al. (2011) som nämner att det inte är distriktssköterskornas uppgift att konfrontera patienten. Sjuksköterskorna bör istället kunna "backa" om det inträffat och inte pressa patienten att ta beslut om förändring när de inte är redo för det.

Distriktssköterskorna upplevde att skapa förtroende med patienten var en förutsättning för att MI-samtalet skulle ge någon effekt/resultat. När patienten blev delaktig blev behandlingen framgångsrik. Studier har visat att genom att skapa en terapeutisk relation blir patienten delaktig och känner sig respekterad (Brobeck et al. 2011; Miller, 1983).

I resultatet framkom skillnader i användandet av MI när patienter var yngre respektive äldre. Distriktssköterskornas upplevelser skilde sig något åt. En del ansåg att det var lättare att använda MI då patienten var yngre och hade viljan att finna lösning på sitt problem, medan andra upplevde att yngre patienter ville ha färdiga lösningar. Även i samtal med patienter som var på återkommande besök var det svårt att ändra metod till MI, eftersom patienten var van vid tidigare arbetssätt. Inga studier har kunnat hittas som visat på detta. För användare av MI kan vidare studier på detta område upplevas som relevant att titta närmre på.

Det framgår av resultatet från studien att några distriktssköterskor tydligt ändrat sitt arbetssätt efter genomgången MI-utbildning. I samtalet hade frågornas utformning förändrats till att vara mer öppna, de inväntade patientens funderingar och patienten fick komma med egna lösningar, vilket även poängteras av Söderlund et.al. (2011) att sjuksköterskornas attityd och struktur i samtalet med patienten förändras efter MI-utbildning.

Distriktssköterskorna ansåg det viktigt att lägga över ansvaret på patienten, genom att patienten själv fick komma med egna lösningar. Patienten skulle inte tvingas till förändring, utan fick ta det i egen takt. Detta kan kopplas till Orem (2001) som nämner att individen ska ha makten att utveckla sin förmåga efter lämpliga, tillförlitliga och giltiga åtgärder för att reglera sin egen funktion och utveckling i både stabila eller ombytliga miljöer. Även Miller och Rollnick (2010) nämner att patienten är en självständig person som har egna mål och värderingar som distriktssköterskan skall ta till vara på. Genom att bland annat aktivt lyssna

på patienten får patienten egen makt och självkänslan stärks. Ett mål i MI är att patienten ska utveckla, öka och förstärka viljan till förändring, och därmed bli medveten om det egna beteendet. Viktigt är att patienten själv bestämmer sina mål utformade utefter sina värderingar.

Slutsats

Studien påvisar betydelsen av distriktssköterskans användning av MI i mötet med patienter. Det framkom att MI upplevs som användbart och framgångsrikt i alla möten med patienter framförallt vid förändring av levnadsvanor. MI används till stor del av de som gått MI-utbildningen och användningen av MI ger goda förutsättningar att lyckas motivera patienten till förändring trots att MI kunde uppfattas som krånglig och onaturlig till en början då de flesta distriktssköterskor upplevde att de fick ändra sitt arbetssätt. Träning i MI är av stor vikt för att kunna utöva det på rätt sätt och känna sig trygg i metoden. Studien belyser också vikten av att fler yrkeskategorier utbildas i MI för att få ett bättre samarbete och för att genom ett gemensamt förhållningssätt ge patienterna möjlighet att lyckas genomföra sina förändringar. Studiens resultat kan vara överförbart till alla användare av MI-metoden. Mer forskning bör uppmuntras gällande MI kontra traditionell rådgivning för att bl.a. utvärdera varför MI upplevs olika beroende på patientens ålder.

Referenser

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. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.

Casey, D. (2007). Using action research to change health-promoting practice. *Nursing and Health Sciences*, 9, 5-13.

Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. (2. ed.) Thousand Oaks: SAGE.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska [Broschyr]. AB Danagårds Grafiska. Från <http://www.distriktsskoterska.com/>

Drevenhorn, E., Bengtsson, A., Nilsson, M. P., Nyberg, P. & Kjellgren, I. K. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – A randomized study of 2 years duration. *Blood Pressure*, 21, 233-239.

Folkhälsoinstitutet. (2012). *Tillämpningsområde* Hämtad 121209 från: <http://www.fhi.se/Metoder/Halsoframjande-och-forebyggande-metoder/Motiverande-samtal/Tillampningsomraden1/>

Folkhälsoinstitutet. (2010). *Levnadsvanor*. Lägesrapport 2010. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

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.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (3., [rev.] utg.) (Tyskland) Stockholm: Natur & kultur.

Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (Tyskland) (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (USA) (9.ed) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: Att hjälpa människor att ändra beteende*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm; Socialstyrelsen.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning för forskning som avser människor*. Sveriges Riksdag.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor* -

Allmänna råd från socialstyrelsen 1995:5. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning.* Västerås; Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). *Stor satsning mot ohälsosamma levnadsvanor.* Hämtad 130102 från: <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/satsningmotohalsosammalevnadsvanor>

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

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.

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

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.

Söderlund, L.L., Madson, M.B., Ruback, S. & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education & Counseling*, 84, 16-26.

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer.* (4. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Van Eijk-Hustings, Y, J.L., Daemen, L., Schaper, N, C. & Vrijhoef, H, J.M. (2010). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84, 10-15.

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

Intervjuguide

Ge information om syftet, informerat samtycke, sekretess samt frivillighet.

Betona att studiens syfte är distriktssköterskans användning av MI i det dagliga arbetet.

Bakgrund:

Erfarenhet som distriktssköterska

- Verksamma år som distriktssköterska?

Erfarenheter:

Utbildning i MI?

- När?

- Hur? Längd på utbildning?

Syn av användbarhet:

Vilken är din syn på din användning av MI?

Uppskatta hur ofta du använder MI i ditt arbete.

Hur ser stödet ut från verksamheten? (chefer/kollegor etc.)

Hur använder du MI och i vilka sammanhang/patientgrupper använder du MI?

Hur känns det att använda MI i samtal med patienter?

Vilket resultat ser du efter användning av MI?

Generationsskillnader vid användningen av MI?

Framtid och behov:

Vad anser du om framtiden och MI som verktyg?

Är det något du vill tillägga?

Bilaga 2 (2)

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningenshet	kod	Underkategori	Kategori
Sen kan ju även vara en helt annan patient som kommer in för en omläggning där man inte får sår att läka och luktar man att dem luktar rök då kan man få in det där också. (9)	vid omläggning där man upptäcker att patienten luktar rök	Sår tobak	Hälsoproblem och omvårdnad	Vid olika patientgrupper
Så räknar man grovt så är det kanske 1-2 gånger i veckan, inte oftare, det beror på när man har röksamtal.(5)	1-2 gånger i veckan, inte oftare. röksamtal	Frekvent tobak	Naturligt förhållningssätt Hälsoproblem och omvårdnad	MI integrerat i sitt arbete Vid olika patientgrupper
Men fortfarande är det så att jag måste tänka på det för att komma in i det. Nu har det varit semester emellan så att *skratt* inte blivit mycket MI under sommaren (11)	måste fortfarande tänka på det	känns osäkert	Svårigheter	MI integrerat i sitt arbete
Att dom får fram mer.... Ehmm, jag tror att man har lyssnat lite mer o inte pushat för mkt utan dem får ta det i sin takt eller där dem är. (11)	inte pusha för mkt patienten ta det i sin takt	patientens ansvar	Överföra ansvaret på patientens	Utmanande
sen behöver man ju alltid fortbildning ehh så att det kan jag ju tycker att fortbildning skulle jag uppskatta. (2)	uppskatta fortbildning	Utbildning	Fortlöpande utbildning	Öka sin MI kunskap
är väl ett bra sätt att locka fram vad människorna har i sig, men man ska kunna locka fram det. (6)	locka fram vad människorna har i sig, ska kunna locka fram det	locka fram motivationen	Locka fram motivationen	Verktyg för att nå patienten
Det blir mer att man ställer öppna frågor, hur tänker du då? (5)	mer öppna frågor, hur tänker du då?	Fråga	Öppna frågor	