



LUNDS UNIVERSITET

+ Medicinska fakulteten

Motiverande samtal som metod vid riktade hälsosamtal för 40-åringar

En intervjustudie

Motivational interviewing as a method in health dialogues with
40-year-olds

An interview study

Författare: Maria Lövall & Sara Nilsson

Handledare: Marianne Holmgren

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Ohälsosamma levnadsvanor ökar i samhället vilket kan leda till hjärt- och kärlsjukdom, cancer samt diabetes typ- 2. Tidigt förebyggande arbete kan förhindra uppkomst av sjukdom. Motiverande samtal (MI) är en metod som används för att motivera patienter med ohälsosamma levnadsvanor till förändring. Region Skåne initierade nyligen riktade hälsosamtal till 40-åringar för att förebygga ohälsosamma levnadsvanor. Föreliggande studie kan därför tillföra kunskap om distriktssköterskors/sjuksköterskors upplevelser av att motivera 40-åringar med hjälp av MI.

Syfte: Distriktssköterskans/sjuksköterskans upplevelser av att motivera 40-åringar vid de riktade hälsosamtalen med hjälp av motiverande samtal som metod.

Metod: En empirisk intervjustudie med semistrukturerade intervjuer utfördes där tio distriktssköterskor/sjuksköterskor i Region Skåne ingick. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre huvudkategorier. I den första kategorin *förutbestämmd samtals teknik underlättar de riktade hälsosamtalen* framkom att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde MI som en bra samtalsmetod och att 40-åringar motiverades av den. Den andra kategorin *utmaningar i de riktade hälsosamtalen* visade att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna mötte olika utmaningar i det riktade hälsosamtalet för 40-åringar. I den tredje kategorin *förutsättningar för att bli en skicklig samtalsledare* framkom det att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde att olika faktorer behövdes för att bli en skicklig samtalsledare.

Konklusion: Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde MI som en bra samtalsmetod för att motivera 40-åringar i de riktade hälsosamtalen. Träning och erfarenhet var av vikt för att bli en skicklig samtalsledare. Dock upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna vissa utmaningar med MI, exempelvis att initiera MI-samtal i vissa patientgrupper. Föreliggande studie kan inspirera till vidare forskning i hur distriktssköterskorna/sjuksköterskorna ska nå de 40-åringar där det är svårt att initiera ett MI-samtal.

Nyckelord

Distriktssköterskor, sjuksköterskor, motiverande samtal, upplevelser, riktade hälsosamtal för 40-åringar

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Perspektiv och utgångspunkter	6
Ohälsosamma levnadsvanor	6
Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete	8
Hinder för distriktssköterskan i det hälsofrämjande arbetet	8
Motiverande samtal	9
Riktade hälsosamtal	10
Riktade hälsosamtal för 40-åringar i Region Skåne	11
Syfte	11
Metod	12
Urval	12
Instrument	13
Intervjuguide	13
Datainsamling	13
Analys av data	13
Förförståelse	15
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	16
Förutbestämd samtals teknik underlättar de riktade hälsosamtalen	16
MI öppnar upp för samtal	16
MI ger förutsättningar till förändring	17
Utmaningar i de riktade hälsosamtalen	19
Samtalsledarens utmaningar under MI-samtalen	19
Utmaning att fånga alla	20
40-åringar är mitt i livet	21
Förutsättningar för att bli en skicklig samtalsledare	21
Att få med sig patienten	22
Den närvarande samtalsledaren	22
Samtalsledarens verktyg och redskap	23
Övning och erfarenhet ger färdighet	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	26
Konklusion och implikationer	30
Referenser	31

Bilaga 1	38
Intervjuguide	38

Problemområde

Ohälsosamma levnadsvanor är idag ett stort problem i Sverige där hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. De fyra levnadsvanor som Sveriges befolkning har mest besvär av är rökning, missbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor, vilket i sin tur kan leda till hjärt- kärlsjukdom, cancer samt diabetes typ-2 (Socialstyrelsen, 2018a). Dessa fyra ohälsosamma levnadsvanor har hos personer i 40-årsåldern setts kunna ge en minskad förväntad livslängd (Kuanrong et al., 2014). Genom att tidigt arbeta förebyggande finns det möjlighet att minska dessa ohälsosamma levnadsvanor och därmed förhindra uppkomst av sjukdom (Lidin et al., 2018). Därmed kan även kostnaderna för ohälsosamma levnadsvanor minskas i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Distriktssköterskan ska främja hälsa och goda levnadsvanor genom att ha fördjupad kunskap om frisk- och skyddsfaktorer för hälsa (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2019). Tidigare studier har visat att distriktssköterskor inte har tid för hälsofrämjande arbete (Brobeck et al., 2013; Eriksson & Engström, 2015; Jallinoja et al., 2007; Wilhelmsson & Lindberg, 2009) och även att de har behov av kompetensutveckling i samtals teknik, något ledningen inte alltid prioriterar (Eriksson & Engström, 2015). Tidig prevention i form av hälsosamtal för 40- 50- och 60-åringar har visat goda resultat i Västerbotten (Blomstedt et al., 2015). Region Skåne började 2020 införa riktade hälsosamtal för 40-åringar angående deras levnadsvanor för att uppmärksamma och förhindra uppkomsten av sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor. Samtalsledaren behöver ha gått grundutbildning i motiverande samtal (Region Skåne, 2021a). Motiverande samtal (MI) är en riktad, patientcentrerad samtalsmetodik som används för att framkalla en beteendeförändring (Rollnick & Miller, 1995). Med hjälp av MI ges förutsättningar att lättare nå fram till patienterna jämfört med tidigare metoder som enbart innebar rådgivning (Brobeck et al., 2011). Patienter upplever att det är av stor betydelse för deras motivation att bli respektfullt bemötta och inte bli bemötta med pekpinna (Brobeck et al., 2014). Det har dock visat sig att MI inte alltid används som samtalsverktyg eller som den patientcentrerade samtalsmetod den är tänkt att vara (Hörnsten et al., 2014; Östlund et al., 2015a). Eftersom fenomenet att ha hälsosamtal för 40-åringar med MI är nytt i Region Skåne är det av vikt att undersöka hur distriktssköterskor/sjuksköterskor upplever hur det är att använda MI som metod i dessa riktade hälsosamtal.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Empowerment definieras som egenmakt (Svensk Mesh, 2021). Det betyder att människor uppmuntras att säkerställa sin egen autonomi och sitt självförtroende tillräckligt mycket för att kunna plocka fram egna agendor när det handlar om hälsa, utan att bli tillsagda vad de ska göra (Macdonald, 1998, refererad i Chambers & Thompson, 2008). Allt sedan the Ottawa Charter on Health Promotion (World Health Organization [WHO], 1986) förespråkade individers och samhällens empowerment för att äga och få kontroll över sin hälsa har begreppet empowerment varit fokus vid hälsofrämjande arbete (World Health Organization [WHO], 1986 refererad i Chambers & Thompson, 2008). Sjuksköterskor anser att de har en viktig roll i att främja patientens empowerment i sitt hälsofrämjande arbete (Department of health 2006a, refererad i Chambers & Thompson, 2008).

Koppling till begreppet empowerment kan göras i tidigare studier som visar att det motiverande samtalet kan bidra till en förändring för patienterna när deras egna initiativ uppmuntras. Att bli respektfullt bemött och inte bli bemött med pekpinnar är av stor betydelse för patienternas egen motivation (Brobeck et al., 2014). Motiverande samtal kan vara till hjälp för distriktssköterskor att hjälpa patienter sätta ord på sin motivation och genom det kan patienten bli medveten om en lösning (Brobeck et al., 2011). När effekten av distriktssköterskors rådgivning baserat på empowerment till patienter med högt blodtryck undersöktes upplevde patienterna att de fick en något mer kompetent vård jämfört med de patienter som inte stöttades med hjälp av empowerment (Rasjö Wrååk et al., 2015). Empowerment främjades för patienterna genom att personalen var tillgänglig för dem när de behövde dem. Tillgängligheten gav en känsla av trygghet som i sin tur gav ett förtroende. Personalens inställning till patientens deltagande i beslut sågs av patienterna som en avgörande faktor (Nygårdh et al., 2011).

Ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsen uppger att ohälsosamma levnadsvanor är ett stort problem i Sverige. Hälften av kvinnorna och två tredjedelar av männen har rapporterat att de har minst en ohälsosam levnadsvana. De fyra levnadsvanor som vi i Sverige har mest besvär av och som i sin tur kan

leda till sjukdom är rökning, riskbruk av alkohol, låg fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor. Dessa ohälsosamma levnadsvanor utgör nästan all orsak till hjärtkärlsjukdom, risk för uppkomst av diabetes typ-2 och 30% av all cancer (Socialstyrelsen, 2018a).

Folkhälsomyndigheten rapporterar att användning av tobak följt av ohälsosamma kostvanor är de levnadsvanor som orsakar mest sjukdom i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2021). Hjärt- och kärlsjukdomar orsakade flest dödsfall i Sverige 2020 följt av cancer och covid-19 (Socialstyrelsen, 2021). World Health Organization (WHO 2021a) rapporterar att ischemisk hjärtsjukdom även orsakar flest dödsfall i världen följt av stroke och KOL (World Health Organization [WHO], 2021a). Ohälsosamma levnadsvanor kostar Sverige 51 miljarder varje år (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Flera studier bekräftar sambandet mellan ohälsosamma levnadsvanor och försämrat hälsotillstånd (Drevenhorn et al., 2012; Eriksson et al., 2006; Hellstrand et al., 2017; Lidin et al., 2018; Lönnberg et al., 2019; Tonstad et al., 2006). Författarna i Eriksson et al., (2006) ansåg att det därför kan vara av vikt att utforma förebyggande program inom primärvården (Eriksson et al., 2006). De patienter som insjuknat relaterat till ohälsosamma levnadsvanor i 40-årsåldern beskriver att de själva också förstår sambandet, men förväntade sig att sjukdom först skulle uppstå i 60-70 års åldern (Condon & McCarthy, 2006).

Genom att tidigt arbeta förebyggande finns det möjlighet att minska dessa ohälsosamma levnadsvanor och därmed förhindra uppkomst av sjukdom (Lidin et al., 2018). Därmed kan även kostnaderna för ohälsosamma levnadsvanor minskas i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Risken för hjärtinfarkt kan minskas med 86 % med hjälp av sundare levnadsvanor (Åkesson et al., 2014). Genom att förbättra sina levnadsvanor skulle hjärt- och kärlsjukdomar, men även diabetes typ två kunna förebyggas till stor grad och livslängden ökas (Socialstyrelsen, 2018a; Yanping et al., 2020). Vid jämförelse hos personer i 40-årsåldern av förväntad förlorad livslängd ses en stor skillnad mellan personer som lever med ohälsosamma vanor mot de som lever med hälsosamma vanor. De som lever ohälsosamt med kraftig rökning, övervikt, stor alkoholöverkonsumtion och ohälsosamma kostvanor förväntas förlora 17 år för män och 13,9 år för kvinnor (Kuanrong et al., 2014). Att förändra sina levnadsvanor till det bättre har även visat en snabb stor positiv effekt på den som redan har en sjukdom (Socialstyrelsen, 2018a).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

World Health Organization (WHO, 2021b) definierar hälsofrämjande arbete som följer: “Hälsofrämjande är den process som möjliggör för människor att öka kontrollen över samt förbättra sin hälsa” (World Health Organization [WHO], 2021b). Distriktssköterskan ska främja hälsa och goda levnadsvanor genom att ha fördjupad kunskap om frisk- och skyddsfaktorer för hälsa. Distriktssköterskan är skyldig att med ett hälsopedagogiskt förhållningssätt stärka och motivera patientens makt och beslutsfattande. Distriktssköterskan ska också självständigt kunna driva arbetet med livsstilsförändringar samt ha fördjupade kunskaper om samtalsmetodik som motiverande samtal (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Enligt Lundberg et al. (2017) uttrycker distriktssköterskor att hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande arbete, inkluderat livsstilsrådgivning, är nödvändigt för patientens hälsa. När distriktssköterskorna arbetar med hälsofrämjande arbete har de direkt samspel med sina patienter. Distriktssköterskorna har möjlighet att utveckla en nära relation med patienterna och diskutera levnadsvanor för att främja en mer hälsosam livsstil (Lundberg et al., 2017). Distriktssköterskor uttrycker att hälsofrämjande arbete är en viktig uppgift som inte utförs av någon annan yrkesgrupp (Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

Hinder för distriktssköterskan i det hälsofrämjande arbetet

Tidsbrist är ett hinder för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att arbeta hälsofrämjande vilket beskrivs i flera studier i form av att de hade ett fullbokat schema och kände att det inte fanns tid för diskussioner om ohälsosamma levnadsvanor (Brobeck et al., 2013; Eriksson & Engström, 2015; Jallinoja et al., 2007; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Den tid som fanns gick åt att ta hand om de patienter som redan hade en sjukdom (Brobeck et al., 2013; Eriksson & Engström, 2015; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Andra orsaker som beskrivits som hinder för distriktssköterskor/sjuksköterskor att arbeta hälsofrämjande är att samtala eller fråga om känsliga ämnen. Exempelvis har övervikt beskrivits vara ett känsligt ämne. (Jallinoja et al., 2007; Hörnsten et al., 2014). Ett annat känsligt ämne att ta upp till diskussion var den om patientens alkoholkonsumtion (Lundberg et al., 2017). Ytterligare ett hinder som beskrivits i tidigare studier är brist på kontinuitet. Distriktssköterskorna önskade få tillfälle att följa upp patienten angående deras levnadsvanor, detta kan ge patienten en möjlighet att lättare öppna upp sig (Brobeck et al., 2013). Patienterna beskriver även själva en önskan om att få gå på

uppföljningsbesök gällande sin hälsa och sina levnadsvanor. Detta ansågs som ett behov då de inte litade på sin egen bedömning av sin hälsa och sökte en bekräftelse på att de var friska och levde rätt (Nymberg, & Drevenhorn, 2016). Även de patienter som inte har någon utvecklad sjukdom önskar att få följas upp, helst med årliga kontroller (Brotons et al., 2012).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetodik som är evidensbaserad (Holm Ivarsson, 2017). Med en konfrontativ samtalsmetodik har det visat sig att resultatet blivit sämre för de med alkoholberoende än om samtalsledaren inte använt en konfrontativ samtalsmetodik (Miller et al, 1993). MI definieras som en riktad, klientcentrerad rådgivning för att framkalla beteendeförändring genom att hjälpa personer att utforska och lösa ambivalens (Rollnick & Miller, 1995). Metoden handlar om samarbete där patienten är expert på sig själv och utgår från att patienten har det den behöver för att förändras. Att bemöta personen reflektivt och empatiskt minskar motståndet som kan uppstå då samtalsledaren svarar auktoritärt. Att förstärka förändringsprat innebär att höra sitt förändringsprat uttalas och det sätter igång en beteendeförändring (Miller & Rollnick, 2004). Det är av vikt att anpassa samtalet efter patientens motivationsgrad liksom att följa upp ett MI-samtal (Holm Ivarsson, 2017).

Utbildning inom MI hos sjuksköterskor behövs vilket visades när det sågs positiva resultat på patienternas följsamhet av rådgivning kring att ändra sina levnadsvanor (Drevenhorn et al., 2012). De sjuksköterskor som har MI-utbildning upplever sig mer motiverade att diskutera ohälsosamma levnadsvanor och ser det som en naturlig del i patientmötet. Utbildning ger trygghet att arbeta hälsofrämjande (Brobeck et al., 2013).

Sjuksköterskor upplever att MI är användbart vid livsstilsfrågor (Brobeck et al., 2011; Brobeck et al., 2014). De upplever stor skillnad jämfört med tidigare metoder där de bara gav råd. Metoden upplevs värdefull och ger dem nya sätt att tänka. De kan även hjälpa patienten att sätta ord på sin motivation och genom det bli medveten om en lösning (Brobeck et al., 2011). MI motiverar patienter utan att skuldbelägga dem då det skapar motstånd hos patienten (Östlund et al., 2015a). Patienter uppger att det är viktigt att sjuksköterskan är närvarande och lyssnar under ett MI-samtal. Att bli respektfullt bemött och inte bli bemött med pekpinna är

viktigt (Brobeck et al., 2014). Genom uppmuntran har patienterna lättare att ärligt ta upp sina ohälsosamma levnadsvanor (Dellasega et al., 2011).

Sjuksköterskor upplever även MI som krävande (Brobeck et al., 2011). De menar att det är viktigt att ha erfarenhet av sjuksköterskeyrket för att lättare kunna ta till sig metoden och det gör dem mer bekväma med att möta motstånd hos patienten (Brobeck et al., 2011; Hörnsten et al., 2014). Det är av vikt att sjuksköterskorna ofta tränar metoden praktiskt med patienter eftersom det inte räcker att bara läsa på om den (Brobeck et al., 2011; Nymberg, 2021; Östlund et al., 2015a). Det kan upplevas svårt att anpassa sig till det nya sätt att tänka som MI kräver. En omställning behöver göras för att tänka annorlunda än på det traditionella sättet med rådgivning (Lindhe Söderlund et al., 2008). Distriktssköterskor är i behov av utbildning i samtals teknik när det gäller livsstilsförändringar, men de ges inte möjlighet till det då ledningen inte prioriterar det (Eriksson & Engström, 2015).

Vissa sjuksköterskor använder inte metoden eftersom de inte har tid att ha långa samtal, och då är det lättare att bara ge råd (Östlund et al., 2015a). Distriktssköterskor med erfarenhet av att hålla i MI-samtal använde en blandning av patientcentrerad samtalsmetodik och sjuksköterskecentrerad samtalsmetodik vid hälsosamtal i Västerbotten. När den sjuksköterskecentrerade metoden användes pressades patienter till förändring. Det kan tolkas som att interventionsprogrammets mål var viktigare än patientens personliga mål och det ledde till att dialogen kunde bli mindre patientcentrerad. Det är inte i linje med sättet att bedriva hälsovägledning idag (Hörnsten et al., 2014).

Riktade hälsosamtal

Landstingen i Västerbotten och Jönköping erbjuder hälsosamtal sedan många år tillbaka. Syftet är att ge patienterna möjlighet att ta kontroll över sin hälsa och förbättra den (Socialstyrelsen, 2018b). I Sverige ökade dödligheten i kardiovaskulära sjukdomar under 1900-talet och i mitten av 80-talet var den högst i Västerbotten. Därför utformades Västerbottens interventionsprogram (VIP). Nuförtiden är programmet integrerat i primärvården som rutin i hela Västerbotten där 40-, 50-, och 60-åringar bjuds in till en riskfaktorbedömning och rådgivning om ohälsosamma levnadsvanor (Norberg et al., 2010). Studier har visat att patienter i Västerbotten som deltagit i de riktade hälsosamtalen

förbättrade en del av sina värden och ohälsosamma levnadsvanor (Eliasson et al., 2018; Eriksson et al., 2011). Socialstyrelsen rekommenderar för att minska antalet nyinsjuknade på grund av ohälsosamma levnadsvanor är det bättre att försöka minska sjukdomsriskerna hos de många som har en lätt förhöjd risk istället för att rikta insatser till de som har högst risk att insjukna (Socialstyrelsen, 2018b).

Riktade hälsosamtal för 40-åringar i Region Skåne

Region Skåne (2021a) började utföra hälsosamtal 2020. I det riktade hälsosamtalet finns möjlighet att upptäcka ohälsosamma levnadsvanor inom fysisk aktivitet, kostvanor, alkoholvanor och tobaksvanor. Stöd kan erbjudas till förändring och förebyggande arbete mot hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ-2. Fyra områden berörs i det riktade hälsosamtalet: levnadsvanor, biologiska riskfaktorer (blodtryck, blodfetter, blodsocker, vikt och bukfetma), psykosociala faktorer samt ärftlighet. Hälsokurvan ingår som ett visuellt hjälpmedel där utgång sker från patientens önskemål och möjligheter att förebygga sjukdom. På hälsokurvan visar grönt område låg risk för sjukdom, medan rött område visar hög risk. För att bli certifierad samtalsledare krävs legitimation och medicinsk utbildning samt genomförande av grundutbildning i motiverande samtal och utbildning i metod- och webbstöd för Riktade hälsosamtal (Region Skåne 2021a). Region Skåne (2021b) ansvarar för MI-utbildningen som kallas *Grundutbildning i Motiverande samtal (MI) för samtalsledare i metoden Riktade hälsosamtal*. Den består av tre heldagar där deltagarna får kunskap om förhållningssätt i motiverande samtal. Utbildningen innehåller både teori och praktiska övningar (Region Skåne, 2021b).

Syfte

Distriktssköterskans/sjuksköterskans upplevelser av att motivera 40-åringar vid de riktade hälsosamtalen med hjälp av motiverande samtal som metod

Metod

Studien har en kvalitativ design och baseras på individuella intervjuer med tio stycken distriktssköterskor/sjuksköterskor och som analyserats med innehållsanalys. Danielsson (2017) skriver att när man som forskare önskar information om upplevelser och erfarenheter är intervju en passande insamlingsmetod. Kvalitativ innehållsanalys är en metod för att analysera kvalitativ data som fokuserar på subjekt och sammanhang och betonar variation, det vill säga likheter och skillnader mellan textens olika delar. Den möjliggör analys av manifest och latent innehåll (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Ett strategiskt urval gjordes, vilket betyder att de distriktssköterskor/sjuksköterskor som ingår i studien inte valdes slumpmässigt. Detta urval passar vid kvalitativa studier där ett mindre antal personer ingår och där spridning av deltagarnas erfarenheter, kön och ålder är önskvärt (Henricson & Billhult, 2017). Inklusionskriterierna var distriktssköterskor eller sjuksköterskor som utförde riktade hälsosamtal för 40-åringar och hade den utbildning inom motiverande samtal som krävdes för att utföra dessa. Exklusionskriterie var annan yrkeskategori som utför samtalen.

Inledningsvis togs kontakt med Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention som informerade om vilka vårdcentraler som utför Hälsosamtal för 40-åringar i Region Skåne. Verksamhetschefer på 74 vårdcentraler kontaktades via mail med information om studien samt om tillstånd att kontakta enhetens sjuksköterskor, alternativt att verksamhetscheferna mailade ut informationsbrevet om studien direkt till enhetens sjuksköterskor. Fem verksamhetschefer lämnade ett positivt besked till att sjuksköterskor på deras enhet kontaktades och fyra sjuksköterskor tackade ja till att delta i studien. Efter två veckor skickades påminnelse till de verksamhetschefer som inte hade svarat. Ytterligare fem positiva svar inkom från verksamhetscheferna och fem sjuksköterskor tackade ja till studien. Två sjuksköterskor kontaktades via privata kontakter och önskade få delta, där lämnade verksamhetscheferna sitt godkännande efter att kontakt tagits med sjuksköterskorna. Av dessa elva fullföljde tio intervjun. En var distriktssköterska och nio var sjuksköterskor. Deras yrkeserfarenhet av att arbeta som sjuksköterskor varierade mellan 10 och 22 år. Distriktssköterskan hade varit specialistutbildad i ett år. Deras erfarenhet av att använda MI som metod varierade mellan några månader upp till tio år. Samtliga var kvinnor i åldrarna 37-

62 år. Framöver i studien kommer författarna benämna distriktssköterskorna/sjuksköterskorna som samtalsledare.

Instrument

Intervjuguide

En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) användes, vilket innebar att författarna ställde öppna frågor och att frågorna formulerades i en viss struktur, men inte nödvändigtvis i samma ordning. Intervjuaren anpassade sig till vad som kom upp under intervjun. Intervjuguiden bestod av bakgrundsfrågor, öppna huvudfrågor och följdfrågor samt en avslutningsfråga. Detta sätt att utforma en intervjuguide beskrivs av Danielson (2017). Danielson (2017) menar att intervjuguiden bör testas för att se om den fungerar, vilket har genomförts. Pilotintervjun lyssnades igenom för att kontrollera att frågorna i intervjuguiden uppfattats och besvarats som förväntat. Därefter beslutades att inga ändringar behövde göras och att pilotintervjun kunde integreras i studien.

Datansamling

Samtliga intervjuer genomfördes på samtalsledarnas arbetsplats enligt deras önskemål. Innan intervjuerna startade informerades samtalsledarna om intervjuens syfte samt att de när som helst kunde välja att avbryta intervjun och senare sitt deltagande i studien. De informerades även om att allt material skulle hållas konfidentiellt. Samtyckesblanketten skrevs under i direkt anslutning till intervjun. Samtliga intervjuer spelades in på mobiltelefon utan uppkoppling till molntjänst. De fördes sedan över till ett USB-minne som förvarades inlåst. Datansamling utfördes mellan mars och maj månad 2022 och intervjuerna varade mellan 9 och 24 minuter (medellängd 15 minuter).

Analys av data

Intervjuerna transkriberades och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim & Lundman (Graneheim & Lundman, 2004 & 2017). Intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjutillfällena. Samtliga intervjuer lyssnades igenom igen för att upptäcka om något i transkriberingen behövde justeras. Därefter lästes intervjuerna ett

flertal gånger för att få en uppfattning om helheten och för att få en djupare förståelse. Ett induktivt tillvägagångssätt tillämpades där likheter och skillnader i intervjuerna eftersöktes. Därefter bildades meningsenheter som svarade på studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades och koder arbetades fram. Koder som liknade varandra grupperades i samma grupp. Ur dessa grupper kunde subkategorier utarbetas. Slutligen skapades tre huvudkategorier utifrån subkategorierna, se tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analys av data

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Det känns väldigt positivt. Man får patienten eller personen att öppna upp sig på ett annat vis...	Det känns positivt och man får patienten att öppna upp sig	MI positiv metod som öppnar upp	MI öppnar upp för samtal	Förutbestämd samtalsteknik underlättar de riktade hälsosamtalen
...Och att de även börjar i liten skala, dom måste ju inte gå och köpa ett gymkort och nya kläder och bla bla bla... att man gör det för stort liksom utan att man försöker lyfta deltagaren i det att det är ju jättebra om du kommer iväg på en cykeltur en kvart.	Att de börjar i liten skala och att man lyfter deltagaren i det	Små förändringar	MI ger förutsättningar till förändring	Förutbestämd samtalsteknik underlättar de riktade hälsosamtalen
...och en del människor är ju mindre verbala med att delge och då känner man sig ju nästan... ja men här sitter jag bara och ställer en massa frågor... haha... Det blir ingen dialog och det behöver man ju ha för att kunna komma vidare	Mindre verbala människor gör det svårare att komma vidare i dialogen.	Svårt med tystlåtna	Utmaning att fånga alla	Utmaningar i de riktade hälsosamtalen
...som med alla andra tekniker så måste du träna och du måste göra det hela tiden...men att man inte hela tiden ska sitta och tänka att liksom, man ska inte behöva tänka på tekniken	Att träna hela tiden är nödvändigt för att man inte ska behöva tänka på tekniken.	Vikten av MI träning	Övning och erfarenhet ger färdighet	Förutsättningar för att bli en skicklig samtalsledare

Förförståelse

Som studieförfattare är det viktigt att vara medveten om förförståelsen för studieområdet innan studien påbörjas eftersom vi påverkas av tidigare erfarenheter (Priebe & Landström, 2017). Detta innebär även den livserfarenhet och yrkeserfarenhet som finns i forskarnas bakgrund (Henricson & Billhult, 2017). Författarna har tänkt igenom sin förförståelse och har under pågående utbildning till distriktssköterskor erhållit en teoretisk föreläsning om MI samt metoden har tränats vid ett tillfälle med kurskamrater. Studieförfattarna har även tagit del av vetenskapliga artiklar inom området under arbetet med magisteruppsatsen.

Forskningsetiska avvägningar

Efter yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) diarenr 5-22 genomfördes studien. Studien följde Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) när det gäller forskningsetiska avvägningar för människor. Författarna har tagit hänsyn till dessa forskningsetiska avvägningar enligt följande: Informerat samtycke från samtalsledarna erhöles och deltagandet baserades på frivillighet. Samtalsledarna gavs information om studiens mål, studiens metoder samt om rätten att tacka nej till studien eller att ta tillbaka sitt samtycke att delta när som helst. Det är av yttersta vikt att behålla information från samtalsledarna konfidentiell och att bevara deras integritet, vilket samtalsledarna informerades om. De informerades även om möjlighet att ta del studiens resultat (World Medical Association, 2018).

I brevet till de samtalsledare som kontaktades angående medverkan i studien angavs ovanstående forskningsetiska avvägningar från Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018). Samtalsledarna godkände att intervjuerna spelades in på mobil som tillhörde studieförfattarna. Allt material hölls konfidentiellt så inte obehöriga kunde komma åt det samt inspelningarna förvarades inlåsta. Enligt Danielsson (2017) bör allt material som tillhör analys av studien förstöras efter att studien är examinerad vilket också förmedlades i brevet. I enlighet med Danielsson (2017) är ett tillvägagångssätt för konfidentialitet och integritet att föra data fördelat med nummer, vilket gjordes i föreliggande studie.

Resultat

Analysen resulterade i tre huvudkategorier: *Förutbestämd samtals teknik underlättar de riktade hälsosamtalen*, *Utmaningar i de riktade hälsosamtalen* samt *Förutsättningar för att bli en skicklig samtalsledare*. Dessa tre huvudkategorier växte fram utifrån nio subkategorier, se tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Förutbestämd samtals teknik underlättar de riktade hälsosamtalen	MI öppnar upp för samtal MI ger förutsättningar till förändring
Utmaningar i de riktade hälsosamtalen	Samtalsledarens utmaningar under MI-samtalen Utmaning att fånga alla 40-åringar är mitt i livet
Förutsättningar för att bli en skicklig samtalsledare	Att få med sig patienten Den närvarande samtalsledaren Samtalsledarens verktyg och redskap Övning och erfarenhet ger färdighet

Förutbestämd samtals teknik underlättar de riktade hälsosamtalen

Resultatet visade att 40-åringar motiveras när samtalsledaren använder MI som samtalsmetod. Samtalsledarna berättade att MI öppnade upp för samtal genom öppna frågor vilket kunde skapa reflektion som underlättade genomförandet av en förändring. Genom att patienten satte agendan för samtalet, var med i diskussionen och började med små förändringar gav MI förutsättning till förändring.

MI öppnar upp för samtal

Samtalsledarna upplevde MI som en bra samtalsmetod i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar. Användningen av MI som samtalsmetod kunde vara helt avgörande för hur hälsosamtalen skulle bli och hur stor nytta patienten hade av samtalet. Samtalsledarna berättade att metoden skapar möjlighet att öppna upp samtalet genom öppna frågor vilket gav samtalsledarna mycket information om patientens hälsa. Vidare upplevde samtalsledarna att andra fördelar med MI var att de inte bara informerade patienten om ohälsosamma levnadsvanor utan lyssnade till patientens upplevelser.

”Mycket bra. Jag tycker väldigt mycket om att jobba med MI. För att man utgår ju ifrån patientens upplevelse” (Samtalsledare 8)

Samtalsledarna beskrev vikten av att patienten sätter agendan i det riktade hälsosamtalet för 40-åringar. Det innebar att patienten bestämde vad som skulle diskuteras och vilken förändring som skulle ske. Att patienten själv satte ord på sin förändring kunde göra att denne lättare öppnade sig. Samtalsledarna berättade att öppna frågor och att de bad patienten berätta mer gjorde att patienten bjöds in till samtal vilket skapade reflektion angående deras levnadsvanor. Det gjorde att patienten kom fram till svaren själv, vilket kunde göra det lättare att genomföra en förändring.

“Det får ju deltagarna att reflektera själv över sin hälsa och när man reflekterar själv och kommer fram till svaren själv så är det nog lättare att genomföra en förändring tänker jag” (Samtalsledare 4)

Samtalsledarna beskrev att de kunde få reda på patientens utgångsläge genom öppna frågor. De förklarade att utgångsläge innebar var patienten befann sig, vad som var viktigt för denne samt om den kände av några symptom som kunde kopplas till ohälsa. Resultatet visade att det inte var möjligt att få reda på utgångsläget om samtalsledarna endast informerade om hälsorisker. De beskrev också att många 40-åringar hade ett utgångsläge där de var väldigt medvetna om vad som var ohälsosamt.

MI ger förutsättningar till förändring

Resultatet visade att MI hjälpte samtalsledarna att ge förutsättningar till förändring hos 40-åringarna i de riktade hälsosamtalen. För att lyckas använde de flera olika strategier inom MI. Samtalsledarna berättade att det var av stor betydelse för 40-åringarnas motivation att de fick vara med i diskussionen och ta ansvar, annars skulle förändringen inte bli av. Ett sätt de nämnde för att ge förutsättning till förändring var att fråga om lov för att ge information om en ohälsosam levnadsvana. Ett annat sätt att ge förutsättningar till förändring var att 40-åringarna började med små förändringar i sina levnadsvanor. Dessa små förändringar kunde ge ringar på vattnet och leda till fler förändringar. Samtalsledarna berättade vidare att genom att börja med den minsta lilla förändring kunde det stärka patientens självkänsla när de

upplevde att de påverkat sin situation. Vidare beskrev samtalsledarna att det var viktigt att vara lyhörd för de små positiva förändringarna för att kunna fortsätta hjälpa patienten framåt.

“För att det är ju det som vi kallar “empowerment”. Det är en enorm kraft för en patient att få känna det. Man bara börjar med den minsta lilla förändringen och så har man gjort något bra för sig själv. Sen börjar det sakta rulla. Och man kan inte ändra allt på en dag. Men man kan börja” (Samtalsledare 8)

Samtalsledarna berättade i intervjuerna om olika tillvägagångssätt för att höja patientens självkänsla och minska skuld känslor vilket kunde ge förutsättningar till förändring i de riktade hälsosamtalen. De upplevde att om de bara informerade patienten om vad denne var i behov av skulle patientens självkänsla sänkas. Patienten visste oftast vilken förändring de var i behov av och det kunde skapa skuld känslor. Samtalsledarna berättade att om patienten hade misslyckats med förändringar gällde det att hitta något annat i livet som patienten lyckats med, vara uppmuntrande kring den förändringen och bygga vidare för att höja självkänslan. Att uppmuntra det positiva som patienten redan gjorde för sin hälsa kunde också hjälpa till att höja självkänslan. Resultatet visade att om samtalsledarna informerade för mycket kunde det skapa motstånd till förändring, men de kunde vända detta med hjälp av MI. Samtalsledarna berättade att ett sätt att komma förbi motståndet, som kunde visa sig genom bortförklaringar, var att försöka lyssna in patienten och hitta en annan positiv ingång i samtalet. De lirade sig då fram med öppna frågor för att kunna ge förutsättning till förändring och tillvägagångssätten kunde se olika ut beroende på deras erfarenhet. Att de läste av patienten framför sig var viktigt för att kunna ställa rätt frågor och lirka sig runt motståndet. Ett exempel kunde vara att samtalsledarna fångade upp det som tidigare sagts och använde det senare för ett helhetsperspektiv.

“Nä men ofta säger de nä men jag vet... får jag nog oftast tillbaka... nej men jag vet att det inte är bra med ja vad det nu är för någonting... Där...om dom säger så, väljer jag ibland att inte gå vidare men ibland så har man det med sig och kommer man då in på nästa grej som också påverkar kan man ibland fånga det där” (Samtalsledare 6)

Utmaningar i de riktade hälsosamtalen

I resultatet framkom att samtalsledarna mötte olika utmaningar i det riktade hälsosamtalet för 40-åringar. Utmaningarna kunde dels bero på själva samtalsmetoden och dels av att fånga alla patientgrupper med MI.

Samtalsledarens utmaningar under MI-samtalen

Samtalsledarna berättade att det fanns vissa utmaningar som de behövde förhålla sig till under MI-samtalen. Det framkom i intervjuerna en frustration hos samtalsledarna när det fanns ett stort behov att diskutera avvikande hälsotillstånd och de var tvungna att fråga om lov. Om patienten sa nej till diskussion kunde samtalsledarna uppleva det svårt eftersom de då måste prata runt ämnet.

“...ibland så tycker jag att den kan vara lite svår att jobba med om jag har en patient framför mig som till exempel jag ser har problem med alkohol att jag ska liksom behöva fråga “är det okey att vi pratar om detta?” när jag känner att det här måste vi prata om...” (Samtalsledare 5)

Samtalsledarna upplevde att MI var en tidskrävande metod eftersom öppna frågor gav en stor informationsmängd. Att det dessutom var första gången de träffade patienten bidrog också till att tiden kunde upplevas för kort. Samtalsledarna beskrev att tiden på 45-60 minuter kunde göra det svårt att hinna med allt. De upplevde även MI mer tidskrävande när de var nybörjare. Om samtalsledarna inte hann slutföra ett MI-samtal uppstod behovet att boka in ett uppföljningssamtal på telefon.

”När man använder sig av öppna frågor eller när man använder sig av dom här inläggen och liksom ”berätta mer” och...så. Jag upplever att det tar längre tid men att man får mer information” (Samtalsledare 7)

I resultatet framkom också att när patienten talade engelska eller bröt på annat språk kunde det försvåras för samtalsledarna att genomföra ett MI-samtal i de riktade hälsosamtalen. Vidare upplevde de att MI-samtalen kunde försvåras när tolk användes. Det kunde uppstå en känsla att de ibland inte fick rätt svar från tolken, även om det inte helt kunde bekräftas.

Utmaning att fånga alla

I intervjuerna framkom att samtalsledarna upplevde utmaningar att nå alla patienter i ett MI-samtal. Trots deras långa erfarenhet var det svårt att nå patienter som var helt omotiverade till förändring. De beskrev att omotiverade patienter meddelade att de inte ville delta i MI-samtal om provsvaren var bra eller att de inte ville bryta en ohälsosam vana. Samtalsledarna upplevde att det var svårt att vända patienternas motstånd till förändring om patienten inte ville förändra sig utan hade en massa bortförklaringar till att de inte ville göra förändringar. Samtalsledarna misstänkte att bortförklaringarna kunde böttna i skuld känslor hos patienten. Det framkom också i resultatet att det kunde förekomma en annan typ av motstånd som samtalsledarna misstänkte handlade om rädsla för sjukdom. Rädslan kunde resultera i att uppföljningsarbetet försvårades när samtalsledaren ansåg patientens tillstånd angeläget för uppföljning, men patienten inte ville delta.

“Jo, men det är nog igen med deltagarna när de bara raddar upp allt det här som omöjliggör till exempel fysisk aktivitet... Jag tänker att det står för att vi känner lite skuld känslor för att vi vet att vi borde men vi får inte till det, vi hinner inte och allt vad det nu är liksom, alla anledningar... Så att svårigheterna är nog att försöka vända på det här hos deltagaren, för dom får ju positiva effekter av det...” (Samtalsledare 1)

Det framkom i resultatet att mindre verbala patienter kunde försvåra för samtalsledarna att komma vidare i det riktade hälsosamtalen. Att patienten var tystlåten kunde bero på att denne var sluten, inte vågade eller var van att prata. Samtalsledarna berättade att de behövde lägga mer tid på en tystlåten patient och vara mer lyhörd. De beskrev att det var svårare att få igång ett MI-samtal när patienten inte hade reflekterat över varför denne var på samtalet eller sin egen situation. Samtalsledarna beskrev att de inte alltid lyckades initiera ett samtal med tystlåtna patienter.

”Annars... ibland kan jag tycka det är svårt att locka fram det här samtalet man kanske ställer dom här öppna frågorna till exempel och hur tänker du kring det här? Och så där.. och så får man kanske ganska korta svar tillbaka, så man får liksom fiska väldigt mycket för att få igång ett MI-samtal och ibland så så lyckas jag inte... eller så ” (Samtalsledare 10)

Resultatet visade att det kunde vara svårt att få igång ett riktat hälsosamtal med MI hos patienter med missbruk eller psykosociala svårigheter. Det framkom även i intervjuerna att samtalsledarna upplevde att patienter med psykisk ohälsa ibland önskade direkt rådgivning istället för öppna frågor med reflektion. MI-metoden kunde vara svår att tillämpa även på andra patienter som bara önskade rådgivning. De var då inte alltid öppna för att delta i ett MI-samtal utan ansåg att sjukvården visste bäst när det gällde förändringsarbete.

“Vissa vill liksom bara gärna ha ett ”så, så, så” ska du göra för att bli bättre med dina levnadsvanor, matvanor och fysisk aktivitet” (Samtalsledare 9)

40-åringar är mitt i livet

Samtalsledarna upplevde att 40-åringar är mitt i livet, upptagna med karriär och familjeliv, och därför hade ont om tid. Samtalsledarna menade att 40-åringarna var väldigt medvetna om vad ohälsosamma levnadsvanor innebar, men att de hade fokus på annat håll. Trots att 40-åringarna uppfattades ha fokus på annat håll så berättade samtalsledarna att 40-års åldern var en bra period i livet att ha de riktade hälsosamtalen, eftersom 40-åringar upplevdes vara mer förändringsbenägna jämfört med äldre personer. Det framkom också att samtalsledarna uppfattade att förändringspotentialen hos fullt friska 40-åringar, som också själva ansåg sig friska, kunde vara något lägre än hos de som redan hade en sjukdom.

”Ja dom allra flesta är ju mitt i livet med karriär och småbarn och där är så mycket i livet så från att motivera bli medveten till att få till stånd det, det är klurigt. Det finns ju inte tid” (Samtalsledare 6)

Förutsättningar för att bli en skicklig samtalsledare

Samtalsledarna upplevde att olika faktorer behövdes för att bli en skicklig motiverande samtalsledare. Samtalsledaren måste bland annat få med sig patienten i samtalet och vara närvarande. Olika hjälpmedel kunde användas för att få igång ett MI samtal. Erfarenhet var en viktig faktor för att bli en skicklig samtalsledare.

Att få med sig patienten

I resultatet framkom att samtalsledarna behövde vara uppmuntrande till små förändringar i patientens levnadsvanor för att få med sig denne i MI-samtalet. Samtalsledarna berättade att det var viktigt att inte vara dömande utan visa respekt för patienten i de riktade hälsosamtalen. De beskrev att de behövde prata i generella ordalag om de konsekvenser som följer av att ha ohälsosamma levnadsvanor för att inte anklaga patienten. Det framkom också i resultatet att det var viktigt att tänka på att patienten kunde vara rädd för att bli dömd under samtalet, vilket oftare kvinnor än män kunde känna av.

”Och sedan att man inte ska vara dömande, utan att...ja... vill dom inte så vill dom inte. Det är ju deras val” (Samtalsledare 3)

Samtalsledarna belyste vikten av att undvika pekpinningar för att få med sig patienten. Pekpinningar gjorde att patienten stängde av direkt eller blev motsträvig. Samtalsledarna poängterade även vikten av att de fick patientens förtroende, vilket förhindrade att det riktade hälsosamtalet blev obekvämt. I bakgrunden kunde samtalsledarna misstänka en rädsla hos patienten för att bli godkänd eller inte under samtalet. Vid återkommande samtal fanns förtroendet redan där, men vid det riktade hälsosamtalet för 40-åringar kände inte samtalsledaren patienten. Resultatet visade också att det var viktigt att samtalsledarna skapade utrymme genom att lyssna och inte ta över samtalet för att de skulle få med sig patienten till att fullfölja samtalet.

”Jag ska backa. Jag ska vara tyst. Jag ska lyssna. Men ändå visa att jag lyssnar på dig. Det är det det handlar om” (Samtalsledare 2)

Den närvarande samtalsledaren

Samtalsledarna upplevde att det var betydelsefullt att behålla en stressfri samtalsteknik för patientens motivation, men även för att samtalsprocessen behövde slutföras på ett bra sätt. Samtalsledarna belyste vikten av att ge patienten full uppmärksamhet i de riktade hälsosamtalen. Det kunde visas genom att samtalsledarna lyssnade med både kroppsspråk, stödord och följdfrågor samt att de knöt ihop säcken för att få ett bra avslut på samtalet.

“...men det ena är ju mycket att man ska visa att man lyssnar. Alltså både med kroppsspråk och att man ibland kanske ska komma med lite stödord så patienterna vet att man lyssnar på dem liksom” (Samtalsledare 3)

Samtalsledarens verktyg och redskap

Samtalsledarna beskrev att de använde sig utav flera olika hjälpmedel i hälsosamtalen med 40-åringarna. De berättade att de inför de stundande hälsosamtalen förberedde samtalen genom att titta igenom hälsoenkäten där patienten besvarat frågor om sitt hälsotillstånd. På så sätt upplevde samtalsledarna att det blev bättre fokus på samtalet vilket gav en bra grund att bygga samtalet på. De berättade att de använde ett kort med färdiga fraser som hjälpte dem att lättare formulera sig och på så sätt få patienten att öppna sig. Samtalsledarna använde sig även utav ambivalenskorset, där patienten fick se svart på vitt vilken förändring som behövdes. Genom att visualisera på papper kunde patienten lättare se brister men även det som var positivt. I intervjuerna framkom även att samtalsledarna kunde ta hjälp av hälsokurvan för att motivera. De upplevde det enklare att starta ett MI-samtal med 40-åringarna i de riktade hälsosamtalen jämfört med andra MI samtal, eftersom hälsokurvan fungerade som ett visuellt hjälpmedel som gjorde det enklare att få med sig patienten och se var den befann sig. Vidare framkom i intervjuerna att visuella hjälpmedel fick patienten att lättare ta till sig vad som skulle ändras.

”Oftast också tycker jag när de får ut sin hälsokurva, det blir ju väldigt tydligt för patienterna liksom om de ligger på ”okej på grönt” eller om de ligger på rött. Många reagerar ju och vill göra en förändring när de ligger på rött på hälsokurvan ” (Samtalsledare 3)

Övning och erfarenhet ger färdighet

Samtalsledarna berättade att de som nybörjare inom MI kunde uppleva metoden svår i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar. Det tog dessutom tid att lära sig metoden, då det var ett nytt tankesätt och hälsosamtalen kunde se olika ut beroende på patienten. En annan svårighet som samtalsledarna upplevde var att tillämpa samtalsmetoden effektivt. Detta till trots upplevde de att de kunde finna trygghet genom att förbereda sig med att skriva ned frågor inför samtalet vilket gav en viss effektivitet. Eftersom samtalsledarna upplevde att det var svårt att arbeta med MI som metod i början och att de snabbt blev ringrostiga efter uppehåll belyste de vikten av att träna metoden regelbundet. Praktisk träning tillförde mer än att bara läsa på om själva metoden.

När det gäller erfarenhet av MI framkom det från intervjuerna att den hade mycket stor betydelse för att motivera i de riktade hälsosamtalen. Vid lång erfarenhet upplevde samtalsledarna en trygghet i samtalet där fokus låg på patienten och inte på metoden. Det gagnade både patienten och samtalsledarna, eftersom samtalet då blev mer naturligt.

”Och jag tror mycket också liksom att...är jag...upplevs jag trygg i detta så tror jag också det är lättare få den andre med sig på banan liksom. Att dom känner att här är någon som verkligen vet kanske vad hon pratar om ungefär” (Samtalsledare 5)

Samtalsledarna berättade att som nybörjare inom MI behövdes fortlöpande utbildning och att de därför anmälde sig till repetitionskurser och medverkade i workshops. På så sätt fick samtalsledarna vidare kunskaper genom att olika ämnen och svårigheter diskuterades som patientfall. Även erfarna samtalsledare kunde få inspiration och möjlighet att ventilera svårigheter vilket de ansåg var en viktig del i vidareutvecklingen av sina ledarförmågor. Ett sätt samtalsledarna nämnde för att inte hamna i fel tankemönster i MI-samtalen var att diskutera med kollegor hur de använder MI.

Diskussion

Metoddiskussion

Henricson (2017) beskriver att begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet är begrepp som visar hur kvaliteten har säkerhetsställts i en studie och det är viktigt att påvisa att ett kritiskt förhållningssätt har använts. Dessa begrepp kommer att diskuteras i metoddiskussionen tillsammans med studiens styrkor och svagheter.

Trovärdighet handlar om att författarna tydliggör för läsaren att insamlad data är rimlig och att resultatet är giltigt (Mårtensson & Fridlund, 2017). Forskningsfynd bör vara så trovärdiga som möjligt och alla studier måste utvärderas i relation till de metoder som använts för att skapa resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det även av vikt för studiens trovärdighet att välja den mest lämpliga metoden för datainsamling.

En kvalitativ metod bedömdes vara lämplig i föreliggande studie av författarna. Detta då det är att föredra vid undersökning av upplevelser och erfarenheter enligt Henricsson & Billhult (2017). Vidare valde författarna en induktiv design i enlighet med Henricsson & Billhult (2017) som var lämplig eftersom upplevelser skulle undersökas och det fanns inte heller någon teori att utgå ifrån vid planering av studien.

Enligt Henricson (2017) ökar också studiens trovärdighet med variationer i urvalet. Målet med urvalet i föreliggande studie var att få en bred spridning av samtalsledarnas kön, ålder och erfarenheter. När författarna skickade ut förfrågningarna om deltagande till verksamhetscheferna sändes alla 74 förfrågningar ut på samma gång. Författarna har reflekterat i efterhand att ett etiskt dilemma kunde uppstått om alla samtalsledare som utförde samtalen tackat ja. Författarna hade då behövt tacka nej till vissa på grund av tidsbrist. Föreliggande studie lyckades få en bra bredd i samtalsledarnas ålder och erfarenheter, men endast kvinnor anmälde sitt intresse att delta. Det föreligger idag en brist på distriktssköterskor (Statistikmyndigheten, 2020), vilket kan förklara att endast en distriktssköterska deltog i studien.

Danielsson (2017) rekommenderar att datainsamlingen startar med en pilotintervju för att testa frågorna samt att informanterna erbjuds en lugn och behaglig miljö för att få en innehållsrik och djup intervju. Författarna har förhållit sig till detta och även erbjudit samtalsledarna att själva välja tid och plats för intervjun. Vid datainsamlingen hade författarna på grund av tidsbrist inte möjlighet att delta båda två vid intervjuerna. Danielsson (2017) lyfter att det kan vara en nackdel att vara två, eftersom detta kan störa deltagaren i intervjun och därmed påverka informationen. Det anses dessutom vara mer tidskrävande att vara två intervjuare. Wihlborg (2018) beskriver att vid en intervjustudie krävs det ett samspel med samtalsledaren och att forskaren är närvarande och uppmärksam under intervjun, vilket författarna upplevde att det fysiska mötet möjliggjorde bättre än om mötet skett digitalt. Författarna i föreliggande studie har reflekterat över om de relativt korta intervjutiderna kan varit en svaghet i studien. Om intervjuerna varat under längre tid hade eventuellt mer information kunnat inhämtats med rikare resultat som följd. För att öka trovärdigheten har exempel på meningsenheter som utgör grunden för koder, subkategorier och kategorier presenterats i föreliggande studie. Detta minskar risken för att förlora textens mening under kondensering och abstraktion (Graneheim & Lundman, 2017). Citaten hjälper till att prioritera

samtalsledarens röst högre än forskarens röst vilket är ett sätt att bedöma resultatets trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2017), vilket författarna har förhållit sig till.

Pålitlighet i en studie kan enligt Mårtensson & Fridlund (2017) påvisas genom att författarna redovisar sin förförståelse samt uppger vem som utfört intervjuerna och transkriberat dem. Författarna har beskrivit sin förförståelse och haft den i åtanke under studiens gång. Den författare som genomfört intervjun genomförde också transkriberingen där nyanser i talet togs hänsyn till genom att pauser eller skratt skrevs ut. Detta kan ses som en styrka i föreliggande studie eftersom Danielsson (2017) beskriver att det ger en djupare förståelse för intervjun. En annan styrka i studien är att analysarbetet har utförts av båda författarna och diskussion av resultatet har skett tills konsensus uppstått. Enligt Graneheim & Lundman (2017) styrker det pålitligheten i resultatet när olika forskares tolkning diskuteras eftersom dessa kan variera. Handledaren granskade resultatet och analysprocessen i föreliggande studie, vilket ökar både trovärdigheten och pålitligheten enligt Henricsson (2017).

Överförbarhet enligt Wihlborg (2018) är om resultatet går att använda i andra situationer som är liknande. Variationer i urvalet kan öka studiens överförbarhet (Henricson, 2017). I föreliggande studie varierade samtalsledarnas erfarenhet av MI mellan några månader och 10 år, vilket gav en bred variation. Studiens överförbarhet är svårbedömd eftersom endast 10 samtalsledare deltog i studien. Studien utfördes på vårdcentraler i Region Skåne och resultatet skulle eventuellt kunna överföras till andra vårdcentraler i denna region.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att den förutbestämda samtalsmetoden med MI underlättade de riktade hälsosamtalen för 40-åringar, men att det också fanns utmaningar med MI i dessa samtal. Det framkom även att vissa förutsättningar krävdes för att bli en skicklig samtalsledare i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar. Därför kommer dessa delar i resultatet att diskuteras.

Resultatet visade att samtalsledarna upplevde MI som en bra metod där de med öppna frågor utgick från patientens upplevelse. De upplevde att när patienten var med i diskussionen och tog ansvar kunde en förändring ske. Det framkom också i resultatet att samtalsledarna såg 40-års åldern som en bra period att utföra de riktade hälsosamtalen, då 40-åringarna var ganska

förändringsbenägna jämfört med äldre. Boom et al. (2022) bekräftar att MI är svårare att använda på äldre patienter då de är mer fasta i sina rutiner.

I föreliggande studie framkom att samtalsledarna använde flera olika strategier för att ge förutsättning till förändring. De beskrev strategier där patienterna själva sätter agendan för samtalet och vilken förändring som ska göras. Samtalsledarna uttryckte att genom uppmuntran till små förändringar gav de patienten empowerment, vilket stärkte patientens självkänsla. Det är helt i linje med resultat som beskrivs av James et al. (2019) där sjuksköterskor ansåg att empowerment var nyckeln till motivation. Chambers & Thompson (2008) refererar till McDonalds (1998) begrepp om empowerment som beskrivs som en process där individer uppmuntras att säkerställa sin egen autonomi och sitt självförtroende tillräckligt mycket för att kunna plocka fram egna agendor när det handlar om hälsa, utan att bli tillsagda vad de ska göra. Detta stämmer väl in på resultatet i föreliggande studie där samtalsledarna beskrev vikten av att inte bemöta patienten med pekpinna och genom det undvika att ge patienten en tillsägelse om vad den ska göra. Brobeck et al. (2014) visade också att det var av stor betydelse för patientens motivation att bli respektfullt bemött och inte bli bemött med pekpinna. Ett motsägande resultat framkom i en studie av Hörnsten et al. (2014) som beskrev att sjuksköterskor ibland pressade patienter till förändring när de använde en sjuksköterskecentrerad samtalsmetodik istället för en patientcentrerad.

Dock framkom i resultatet att det kunde upplevas frustrerande med MI när samtalsledaren inte kunde ta upp ett betydande hälsoproblem som patienten inte ville diskutera. Just upplevelsen av frustration belystes också när sjuksköterskor intervjuades gällande patienters ovilja till förändring (James et al., 2019). Boom et al. (2022) beskrev att sjuksköterskor upplevde att MI trots allt gynnar patienten även om ingen livsstilsförändring sker. Det gör patienten mer medveten om sitt eget ansvar för sin hälsa (Boom et al., 2022). Detta kan kopplas till att empowerment behövs i hälsofrämjande arbete för att ge patienten en känsla av kontroll över sin hälsa (World Health Organization [WHO], 1986 refererad i Chambers & Thompson, 2008). Samtalsledarna i föreliggande studie upplevde att om de bara satt och informerade om ohälsosamma vanor kunde det skapa motstånd hos patienten, vilket kunde visa sig genom bortförklaringar. Ett sätt att komma förbi motståndet var att försöka lyssna in patienten och hitta en annan positiv ingång i samtalet. Liknande resultat framkommer även i andra studier där MI-utbildade sjuksköterskor i primärvården påtalar att MI motiverar patienter utan att skuldbelägga dem då det skapar motstånd (Östlund et al., 2015a).

Resultatet visade att samtalsledarna upplevde att MI kunde vara en tidskrävande metod och att tiden som var avsatt för hälsosamtalet ibland upplevdes för kort. Om patienten var tystlåten behövde samtalsledarna lägga ner mer tid på samtalet. Samtalsledarna poängterade också vikten av att vinna patientens förtroende, vilket ibland kunde vara svårare vid de riktade hälsosamtalen än vid andra möten där de redan kände patienten. Resultatet kan ha sin förklaring i att motiverande samtal måste få ta sin tid vilket också lyfts av James et al. (2019) där sjuksköterskor rapporterade vikten av att skapa ett förtroende samt att samtal om livsstilsfrågor krävde gott om tid. Detta kan även kopplas till en studie av Nygårdh et al (2011) där det beskrevs att empowerment gynnades för patienterna genom att personalen var lättillgänglig. Tillgängligheten skapade trygghet som i sin tur gav ett förtroende (Nygårdh et al., 2011).

Samtalsledarna i föreliggande studie upplevde även utmaningar med att få igång ett MI-samtal med vissa patienter. Detta kunde uppstå hos patienter som endast önskade rådgivning och ville att sjukvården skulle ansvara för förändringen. Samtalsledarna berättade att även patienter med psykisk ohälsa ibland önskade direkt rådgivning istället för öppna frågor med reflektion. Samtalsledarna upplevde det också som en utmaning att få igång ett MI-samtal om patienten var tystlåten eller helt omotiverad. Psykosociala svårigheter och missbruk var andra utmaningar som samtalsledarna beskrev i intervjuerna. Det bekräftades även i studien av Boom et al. (2022) att MI inte fungerar på alla patienter. Dessutom har Pikkemaat et al. (2022) nyligen publicerat en teststudie där patienter med psykisk ohälsa inkluderades. De fick delta i ett hälsosamtal där hälsokurvan användes och resultatet ger en indikation om att de med psykisk ohälsa behöver noggrannare uppmärksamhet när det gäller ohälsosamma levnadsvanor.

I intervjuerna framkom att samtalsledarna upplevde att MI-metoden kunde vara svår för nybörjare. De upplevde det därför vara av stor vikt att träna metoden regelbundet och att praktisk träning gav mer än att bara läsa på om den. Det bekräftas även i tidigare forskning att det är betydelsefullt att sjuksköterskor ofta tränar metoden praktiskt med patienter eftersom det inte räcker att bara läsa på om den (Brobeck et al., 2011; Nymberg, 2021; Östlund et al., 2015a). Att det finns ett behov av mer utbildning, feedback och handledning i MI bekräftar Östlund et al. (2015b) där sjuksköterskor inte var skickliga som nybörjare inom alla aspekter av MI. Vikten av feedback och coaching inom MI beskrivs även av Dobber et al. (2019).

Samtalsledarna i föreliggande studie beskrev också att deras erfarenhet inom MI spelade mycket stor roll för att kunna motivera 40-åringarna. Samtalsledarna berättade vidare att ett sätt för att inte hamna i fel tankemönster var att diskutera med kollegor hur de använder MI. Detta bekräftas i studien av Boom et al. (2022) där det sågs som en fördel att ha en kollega att reflektera över MI tillsammans med. Resultatet i föreliggande studie visade att även de samtalsledare som hade längre erfarenhet av MI upplevde att de behövde ventilera olika svårigheter på exempelvis workshops. Även James et al. (2019) påpekar att regelbunden stöttning, träning och feedback är viktigt för att upprätthålla skicklighet i MI-samtal enligt sjuksköterskorna. James et al. (2019) beskriver vidare att tidsbrist, ekonomiska hinder samt för få möjligheter att träna kommunikation är hinder för att förbättra sin kommunikation inom livsstilsfrågor.

I resultatet framkom att samtalsledarna hade ett förhållningssätt där de undvek att vara dömande. De ville även lyfta självkänslan hos patienten, vilket kunde göras genom små förändringar. Samtalsledarna beskrev även vikten av att lyssna in patienten och att backa i samtalet och respektera patientens val att inte vilja prata om ohälsosamma vanor, även om det väckte frustration. Dessa förhållningssätt visar att samtalsledarna tog hänsyn till patientens integritet i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar. Socialstyrelsen (2018a) beskriver att ett etiskt dilemma som kan uppstå vid samtal om levnadsvanor är att patienten upplever samtalet som integritetskränkande. Därför är det av vikt att personalen är lyhörd och respekterar de patienter som har en negativ inställning till att diskutera levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018a). Det etiska förhållningssättet hos distriktssköterskan innebär bland annat respekt för patientens integritet och autonomi. Distriktssköterskan ska skapa förtroende, tillit och trygghet i relationen med patienten (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2019).

Sammanfattningsvis visar resultatet att samtalsledarna upplever MI som en bra samtalsmetod men att de är i behov av att MI-samtalen prioriteras avseende regelbunden träning samt möjlighet att ventilera svårigheter på workshops och att det avsätts tillräckligt med tid att ha hälsosamtal för 40-åringar. Tidigare studier har visat att distriktssköterskor inte har tid för hälsofrämjande arbete (Brobeck et al., 2013; Eriksson & Engström, 2015; Jallinoja et al., 2007; Wilhelmsson & Lindberg, 2009) och även att de har behov av kompetensutveckling i samtals teknik, något ledningen inte alltid prioriterar (Eriksson & Engström, 2015). Samtidigt rapporterar sjuksköterskor att de har en viktig roll i att gynna patientens empowerment i sitt hälsofrämjande arbete (Department of health 2006a, refererad i Chambers & Thompson,

2008). Genom att tidigt arbeta förebyggande finns det möjlighet att minska ohälsosamma levnadsvanor och förhindra uppkomst av sjukdom (Lidin et al., 2018). Därmed kan även kostnaderna för ohälsosamma levnadsvanor minskas i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Konklusion och implikationer

Konklusionen är att samtalsledarna upplevde MI som en bra samtalsmetod för att motivera 40-åringar till livsstilsförändringar men att det fanns utmaningar i samtalen och att MI kan vara svårt att använda till vissa patientgrupper. För att bli en skicklig samtalsledare krävs vissa förutsättningar som till exempel regelbunden övning och erfarenhet. Som nybörjare kan MI upplevas svår och även de erfarna inom samtalsmetoden känner ett behov av att ventileras svårigheter med kollegor på workshops. Denna studie kan bidra med kunskaper till vårdcentraler om hur samtalsledarna upplever MI som samtalsmetod för 40-åringar i de riktade hälsosamtalen. Vårdcentralerna skulle med hjälp av dessa kunskaper kunna ge samtalsledarna goda förutsättningar att motivera 40-åringar med MI. Vidare forskning inom området behövs eftersom de riktade hälsosamtalen är ett nytt fenomen i Region Skåne. Föreliggande studie kan dessutom inspirera till vidare forskning i hur samtalsledarna ska nå de 40-åringar där det är svårt att initiera ett MI-samtal. Denna skulle kunna belysa vilka resurser samtalsledarna behöver för att lättare nå fram till dessa patientgrupper.

Referenser

- Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nyström, L., Lönnberg, G., Boman, K., Wall, S., & Weinehall, L. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open* 2015;5:e 009651. s 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009651
- Boom, S. M., Oberink, R., Zonneveld, A. J.E., van Dijk, N & Visser, M. R. M (2022). Implementation of motivational interviewing in the general practice setting: a qualitative study. *BMC Primary Care* (23:21). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01623-z>.
- 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. 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2013). Health promotion and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review* 60, 374–380. DOI: 10.1111/inr.12041
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 1–14. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1472-6955-13-13>
- Brotans, C., Bule, M., Sammut, M-R., Sheehan, M., da Silva Martins, C-M., Björkelund, C., ...& Godycki-Cwirko, M. (2012). Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Family Practice*, 29, ss 168-176. doi: 10.1093/fampra/cmr102
- Chambers, D., & Thompson, S. (2008). Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: nurses' perceptions. *Journal of advanced nursing* 65 (1), 130-138. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04851.
- Condon C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006, (5), 37–44. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från ide' till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 143-154). Studentlitteratur.
- Dellasega, C., Anel-Tiangco, R.M., & Gabbay, R.H. (2011). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research Clinical Practice*. 95(1): 37–41. doi: 10.1016/j.diabres.2011.08.011

- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2019) Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska [Broschyr]. Svensk Sjuksköterskeförening.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/15804023673165/kompetensbeskrivning%20distrikts-skoterska%202019.pdf>
- Dobber, J., Latour, C., Snaterese, M., van Meijel, B., ter Riet, G., Scholte op Reimer, W & Peters, R (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 18(1), 28-37. DOI: 10.1177/1474515118784102
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P.M., Nyberg, P., & Kjellgren, K.I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention- A randomized study of 2 years duration. *Informa healthcare*, (21):293-299 doi: 10.3109/08037051.2012.680734
- Eliasson, M., Eriksson, M., Lundqvist, R., Wennberg, P. & Söderberg, S. (2018). Comparison of trends in cardiovascular risk factors between two regions with and without a community and primary care prevention programme. *European journal of preventive Cardiology*. Nov;25(16):1765-1772. DOI: 10.1177/2047487318778349
- Eriksson, A. & Engström, M. (2015). District nurses perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 77–84.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0107408315569122>
- Eriksson, M., Holmgren, L., Janlert, U., Jansson, J.H., Lundblad, D., Stegmayr, B., Söderberg, S., & Eliasson, M. (2011). Large improvements in major cardiovascular risk factors in the population of northern Sweden: the MONICA study 1986-2009. *Journal of internal medicine*. Feb;269(2):219-31. doi: 10.1111/j.1365-2796.2010.02312.x.
- Eriksson, K.M., Westborg, C-J., & Eliasson, M.C.E. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scandinavian journal of public health*, 34(5):453-61. DOI: 10.1080/14034940500489826
- Folkhälsomyndigheten. (2021). Mat och fysisk aktivitet.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/> Hämtad 2021-12-21
- 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. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56, 29-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Hellstrand, M., Simonsson, B., Engström, S., Nilsson, K.W., & Molarius, A. (2017). A health dialogue intervention reduces cardiovascular risk factor levels: a population based randomised controlled trial in Swedish primary care setting with 1-year follow-up. *BMC Public Health*, 22;17(1):669. DOI: 10.1186/s12889-017-4670-4
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2 uppl.,s. 111-119). Studentlitteratur.
- Henricsson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2 uppl., s. 411-420). Studentlitteratur.
- Holm Ivarsson, B. (2017). *MI Motiverande samtal Praktisk handbok för hälso-och sjukvården*. (3 uppl.). Gothia utbildning.
- Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2014). Strategies in health-promoting dialogues - primary healthcare nurses' perspectives - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 235–244. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12045>
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (25). s.244-249. DOI: 10.1080/02813430701691778
- James, S., Halcomb, E., Desborough, J & McInnes, S (2019). Lifestyle risk communication by general practice nurses: An integrative literature review. *Collegian*, 26 (1),183-193. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.03.006>.
- Kuanrong, L., Husing, A & Kaaks, R (2014). Life-style risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study. *BMC Medicine*, 12:59
DOI: 10.1186/1741-7015-12-59
- Lidin, M., Hellénus, M-L., Rydell-Karlsson, M., & Ekblom Bak, E. (2018). Long-term effects on cardiovascular risk of a structured multidisciplinary lifestyle program in clinical practice. *BMC Cardiovascular Disorders*, 18(1): 59. <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0792-6>
- Lindhe Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristenson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education journal* 67,(2), 102-109. DOI: 10.1177/0017896908089389

- Lundberg, K., Jonng, M., Kristiansen, L., & Jong, M. (2017). Health promotion in practice- District nurses`experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore* Vol 13 (2), s108-115). <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.001>.
- Lönnberg, L., Ekblom-Bak, E., & Damberg, M. (2019). Improved unhealthy lifestyle habits in patients with high cardiovascular risk: results from a structured lifestyle programme in primary care. *Uppsala journal of medical sciences*. 124, (2), 94-104. DOI: 10.1080/03009734.2019.1602088
- Miller, R.W., & Rollnick, S. (2004). Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of change, and Therapeutic Process. *Journal of cognitive psychotherapy*. 18(4), 299-308.
- Miller William R., R. Gayle Benefield & J. Scott Tonigan (1993). Enhancing Motivation for Change in Problem Drinking: A Controlled Comparison of Two Therapist Styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No. 3, 455-461. DOI: 10.1037//0022-006x.61.3.455
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2 uppl.,s. 421-438). Studentlitteratur.
- Norberg, M., Wall, S., Boman, K., & Weinehall L. (2010). The Västerbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Global Health Action*, 3(1), 1–15. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3402/gha.v3i0.4643>
- Nygård, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. (2011). The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient`s perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 21(5-6) s.897-904. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03901.x.
- Nymberg, P & Drevenhorn, E. (2016). Patients` experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30; 349–355. DOI: 10.1111/scs.12254
- Nymberg, P. (2021). *Promoting physical activity and lifestyle changes in primary health care. Interviews, randomised controlled trial and cohort studies examining lifestyle factors and venous thromboembolism*. [Doktorsavhandling, Lunds universitet]. https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/101676881/avhandling_peter_nymberg.pdf
- Pikkemaat, M., Milos Nymberg, V & Nymberg, P. (2022). Structured assessment of modifiable lifestyle habits among patients with mental illness in primary care. *Scientific reports* 12: 12292. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16439-1>

- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från ide' till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 25-42). Studentlitteratur.
- Rasjö Wrååk, G., Törnkvist, L., Hasselström, J., Wändell, P.E., & Josefsson, K. (2015). Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. *International Nursing Review*, 62, 187-195. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/inr.12174>
- Region Skåne. (2021a). Vårdgivare/vårdriktlinjer/levnadsvanor/Riktade hälsosamtal i Skåne. <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/levnadsvanor/riktade-halsosamtal-i-skane/?highlight=riktade+h%c3%a4lsosamtal> Hämtad 21-10-10
- Region Skåne (2021b). Vårdgivare/Kompetens och utveckling/utbildningskalender/Grundutbildning i Motiverande samtal (MI) för samtalsledare i metoden Riktade hälsosamtal 24-25 jan+ 1 mars. Grundutbildning i Motiverande samtal (MI) för samtalsledare metoden Riktade hälsosamtal
<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/utbildningar/utbildningar/grundutbildning-mi-for-samtalsledare-rhs-24-25-jan--1-mars/> Hämtad 22-01-18
- Rollnick, S., & Miller, W.R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 23/4, 325-334.
<https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
- Socialstyrelsen. (2018a). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer: 2018-6-24
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018b). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso-och sjukvård- Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Hälsosamtal som primärpreventiv strategi*. Artikelnummer:2018-2-4. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om dödsorsaker*. Artikelnummer: 2021-6-7453.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-6-7453.pdf>
- Statistikmyndigheten. (9 december 2020). *Stor brist på distriktssköterskor*.
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/arbetskraftsbarometern/pong/statistiknyhet/arbetskraftsbarometern-2020/>

- Statens Fokhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa- allas ansvar*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsopolitik-rapport-2010-framtidens-folkhalsa-allas-ansvar/>
- Svensk Mesh. Karolinska Institutet. Hämtad 2021-01-02 (2021). <https://mesh.kib.ki.se/term/D000079102/empowerment>
- Tonstad, S., Soderblom Alm,C., & Sandvik, E. (2006). Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* (6), 160-164. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2006.07.003
- Wihlborg, M. (2018). Fenomenografi. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl.,s. 107-126). Studentlitteratur.
- Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice* (15), s. 156-163. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x
- World Health Organization. (2021a) *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Hämtad 2021-12-10.
- World health Organization. (2021b). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. Hämtad 21-10-20 <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Medical Association (2018). *WMA Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research*. Hämtad 2021-12-22 <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yanping,L., Schoufour, J., Wang,D.D., Dhana, K., Pan, A., Liu, X., Song, M., Liu, G., JoonShin,H., Sun, Q., Al-Shaar,L., Wang,M., Rimm, E.B., Hertzmark,E., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Franco, O.H., Hu, F.B. (2020). Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*. Jan 8;368:l6669. doi: 10.1136/bmj.l6669.
- Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A., & Wolk, A. (2014). Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men. *Journal of the american collage of cardiology*. VOL. 64,s 1299-1306.<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.06.1190>

Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L., & Häggström, E. (2015 a). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111–118. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nepr.2014.11.005>

Östlund, A-S., Kristofferzon, M-L., Häggström & Wadensten, B (2015b). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC Family Practice* 16:89, 1-12. DOI: 10.1186/s12875-015-0304-z

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrundsfakta

Ålder?

Kön

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska/distriktssjuksköterska?

Hur lång erfarenhet har du av att använda MI?

Vilken typ av utbildning inom MI har du?

Huvudfrågor

- Hur upplever du att jobba med MI som samtalsmetod i hälsosamtal för 40 åringar?
- På vilka sätt upplever du att MI är ett hjälpmedel i att motivera deltagarna till livsstilsförändring i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar?
- Hur ser dina upplevelser ut när det gäller MI och vikten av att praktiskt träna metoden regelbundet när det gäller de riktade hälsosamtalen för 40-åringar?
- Vilka svårigheter upplever du med MI som samtalsmetod i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar?
- Hur tror du att din egen erfarenhet av att använda MI påverkar dina möjligheter att motivera deltagarna i de riktade hälsosamtalen för 40-åringar?

Följdfrågor

Hur menar du?

Kan du utveckla vidare?

Vad innebär detta?

Kan du berätta vidare?

Kan du ge ett exempel?

Avslutningsfråga

Vill du tillägga något som vi inte frågat dig om som du tycker kan vara relevant för vår studie?