



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

Magisteruppsats

# Hälsofrämjande arbete med MI som metod

*Distriktssköterskors erfarenheter inom  
primärvården*



*Författare:* Camilla Engström &  
Marie Jonsson

*Handledare:* Kristina Schildmeijer

*Examinator:* Mikael Rask

*Termin:* HT18

*Ämne:* Vårdvetenskap  
självständigt arbete 15 hp

*Nivå:* Avancerad

*Kurskod:* 4VÅ02E

*Institution:* Institutionen för Hälso-  
och Vårdvetenskap

## Abstrakt

**Bakgrund:** Behovet av förändrade levnadsvanor är stort i dagens samhälle. Ett av distriktssköterskans arbetsområden är att arbeta hälsofrämjande genom att möta, stödja, hjälpa, råda, vårda, förebygga samt behandla i livets olika skeden. En metod som möjliggör detta arbete och som används inom primärvården vid hälsofrämjande arbete är motiverande samtal (MI).

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att använda motiverande samtal (MI) som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården.

**Metod:** En kvalitativ design med induktiv ansats användes som metod.

Datainsamlingen genomfördes med tolv semistrukturerade intervjuer. Data analyserades med manifest innehållsanalys.

**Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier. *MI-metodens utmaningar*, där distriktssköterskorna beskrev att metoden underlättade deras arbete. De beskrev att MI-metoden lyfte fram patientens egna resurser och skapade delaktighet. Patientens motivation hade stor betydelse för den hälsofrämjande förändringen. *Det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan*, där distriktssköterskorna beskrev vikten av att vara öppen, närvarande och ödmjuk genom att de lyssnade aktivt på patienten för att få kännedom om dennes situation. *Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten*, där det framkom att distriktssköterskor hade behov av repetition och mer utbildning i MI-metoden samt att det fanns behov av stöd från organisationen i användandet av MI-metoden.

**Slutsats:** MI-metoden används framgångsrikt av distriktssköterskor och skapar stora möjligheter att motivera patienter till förändringar. Studien påvisar även att det finns behov för uppföljning av utbildning samt återkoppling mellan kollegor.

**Nyckelord:** Distriktssköterska, hälsofrämjande arbete, motiverande samtal, primärvård, erfarenheter

## Abstract

**Background:** The need for changing living habits is very common in today's society. One of the district nurses' work areas is health promotion through meeting, supporting, helping, advising, cherishing, preventing and treating the different stages of life. A method that enables this work and which is used in primary health care for health promotion is Motivational Interviewing (MI).

**Aim:** The purpose of the study was to highlight district nurses' experiences of using Motivational Interviewing (MI) as a method in their health promotion work in Primary health care.

**Method:** A qualitative design with inductive approach was used as a method. The data collection was conducted with twelve semi-structured interviews. Data was analyzed with manifest content analysis.

**Results:** The analysis resulted in three categories. *The MI- method's Challenges*, where district nurses described that the method facilitated their work. They described that the MI-method highlighted the patient's own resources and created participation. The patient's motivation was of great importance to the health-promoting change. *The professional approach of the district nurse*, where district nurses described the importance of being open, present and humble by actively listening to the patient to get to know their situation. *Preconditions for using the MI method in the business*, where it was found that district nurses needed repetition and more training in the MI method and that there was a need for support from the organization in the use of the MI method.

**Conclusion:** The MI method is used successfully by district nurses and creates great opportunities to motivate patients for change. The study also shows that there is a need for follow-up of education and feedback between colleagues.

**Keyword:** District Nurse, experiences, health promotion, Motivational Interviewing, Primary care

## Tack

Författarna vill tacka de personer som möjliggjort denna magisteruppsats. Tack till primärvårdsdirektören som gav oss tillstånd att genomföra studien i det aktuella landstinget. Tack till de verksamhetschefer som hjälpte till att rekrytera deltagarna till studien. Ett stort tack till de distriktssköterskor som delade med sig av sina erfarenheter av att arbeta med MI-metoden och att de tog sig tid till att bli intervjuade.

Ett särskilt stort tack till vår handledare Kristina Schildmeijer som har haft tålamod och varit ett värdefullt stöd och fört vårt arbete framåt med betydelsefulla åsikter under hela resans gång.

Slutligen vill vi tacka våra familjer, vänner och arbetskamrater som uppmuntrat, stöttat och trott på oss under arbetets gång.

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>1</b>
<b>2 Bakgrund</b>	<b>1</b>
2.1 Hälsa	1
2.2 Hälsöfrämjande arbete	2
2.3 Primärvårdens uppdrag	3
2.4 Distriktssköterskans roll	3
2.5 Professionell kommunikation	4
2.6 Person- eller patientcentrerad vård	4
2.7 Motiverande samtal – MI	5
<b>3 Teoretisk referensram</b>	<b>8</b>
3.1 Carl Rogers kommunikationsteori/omvårdnadsteori	8
<b>4 Problemformulering</b>	<b>8</b>
<b>5 Syfte</b>	<b>9</b>
<b>6 Metod</b>	<b>9</b>
6.1 Design	9
6.2 Urval	9
6.3 Datainsamling	10
6.4 Dataanalys	11
6.5 Forskningsetiska överväganden	12
<b>7 Resultat</b>	<b>13</b>
7.1 MI-metodens utmaningar	14
7.1.1 Utmaningar i samtalet och mötet	14
7.1.2 Att öka kunskapen om patientens hälsoval	16
7.1.3 Patientens egna resurser lyfts fram	17
7.1.4 Betydelsen av patientens egen motivation	17
7.1.5 Att skapa delaktighet	19
7.1.6 Arbetet underlättas med MI-metoden	20
7.2 Det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan	21
7.2.1 Att vara öppen och närvarande	21
7.2.2 Reflektivt lyssnande ger patientkännedom	22
7.3 Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten	22

7.3.1 Behov av kunskapsutveckling	22
7.3.2 Behov av stöd	23
<b>8 Diskussion</b>	<b>24</b>
8.1 Metoddiskussion	24
8.2 Resultatdiskussion	28
8.2.1 MI-metodens utmaingar	29
8.2.2 Det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan	30
8.2.3 Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten	32
<b>9 Slutsats</b>	<b>33</b>
<b>10 Kliniska implikationer</b>	<b>33</b>
<b>11 Förslag till vidare forskning</b>	<b>33</b>
<b>12 Referenser</b>	<b>34</b>
<b>Bilagor</b>	<b>I</b>
Bilaga A Informationsbrev till verksamhetschefer	I
Bilaga B Informationsbrev till deltagare	II
Bilaga C Samtyckesformulär	III
Bilaga D Intervjuguide	IV
Bilaga E Etisk egengranskning	V

# 1 Inledning

Intresset för hälsofrämjande arbete finns hos båda författarna och det aktuella ämnet fördjupas under specialistutbildningen till distriktssköterska. Under utbildningens gång har vi fått inblick i metoden motiverande samtal – MI vilket väckt ett intresse hos författarna. Då båda författarna arbetar på hälsocentral inom primärvården där arbetet till stor del handlar om att arbeta förebyggande anser vi utifrån våra tidigare erfarenheter att behovet av motiverande samtal finns. Dock undrar författarna om metoden används utifrån de resurser och den kunskap som finns, samt hur MI-metoden upplevs avseende dess fördelar och eventuella nackdelar.

Då författarna som blivande distriktssköterskor kommer att möta patienter i behov av hälsofrämjande förändringar för att förbättra sin hälsa har författarna valt att fördjupa oss i distriktssköterskors erfarenheter av motiverande samtal vid hälsofrämjande arbete. Landstingen i sydöstra Sverige arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. En metod som används vid hälsofrämjande arbete i dessa landsting är MI-metoden.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Hälsa

Hälsa är ett komplext begrepp som inte kan definieras entydigt utan innefattar flera perspektiv: hälsa i ett biomedicinskt perspektiv, i ett humanistiskt perspektiv, omvårdnadsvetenskapligt perspektiv och folkhälsovetenskapligt perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

World Health Organization (WHO, 2006) definierar hälsa som *”ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande inte enbart frånvaro av sjukdom och svaghet”*.

Hälsa är ett sammansatt begrepp som har olika betydelser för olika individer. Hur personer kan uppleva hälsa är beroende av flera olika omständigheter, som bland annat olika faktorer för livsstil, olika handlings sätt för hälsa, samt sociala omständigheter det vill säga socioekonomiska faktorer (Scrieven, 2013).

Sjuksköterskor kan bidra med att stödja enskildas hälsa genom att arbeta för att förhindra och motarbeta sjukdom, lidande och död. Hälsa kan uppfattas som en process som individen på egen hand åstadkommer och tar del av i vardagen. I de etiska

riktlinjerna för sjuksköterskor framgår att sjuksköterskors uppdrag är att bevara hälsa, förhindra sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (International council of nurses, 2012).

## 2.2 Hälsöfrämjande arbete

Sunda levnadsvanor kan enligt WHO förebygga det mesta av all kranskärlssjukdom och stroke samt 30 % av all cancer, det kan även förebygga och fördröja utvecklingen av typ 2 diabetes. Den som redan är sjuk kan snabbt göra stora hälsovinster med sundare levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018).

I Folkhälsomyndighetens ”Folkhälsan i Sverige 2017” åskådliggörs skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Folkhälsomyndigheten stödjer i och med detta arbete en jämlik hälsa. Hälsan i befolkningen har utvecklats positivt, dock finns det skillnader mellan grupper i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2017). Det hälsofrämjande arbetet bör fokusera på att skapa förutsättningar så att alla människor får möjlighet att bibehålla sin hälsa (Folke & Paulsson, 2010).

Det påtalas i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) att sjukvården skall bedrivas hälsofrämjande. Vården i Sverige skall enligt Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning bedrivas hälsofrämjande av sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Hong (2010) skriver att det är viktigt för sjuksköterskor att ha klinisk kompetens i samband med hälsofrämjande arbete. Att arbeta sjukdomsförebyggande innebär att man förebygger sjukdom och återinsjuknande (Holm Ivarsson, 2014). Hälsöfrämjande arbete innebär att utveckla hälsotillståndet för såväl enskilda personer som grupper (Scrieven, 2013). Hälsöfrämjande är en process där människor får en möjlighet att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa (WHO, 1986). I det hälsofrämjande arbetet är riskfaktorer centralt och en stor del av hälsofrämjande arbete bedrivs med medicinska förtecken och har sin bakgrund inom hälso-och sjukvård (Ejlertsson & Andersson, 2009).

Vid hälsofrämjande arbete har sjuksköterskans samtal syftet att bidra till förändring samt påverka patienten positivt (Sandberg, 2014). Genom hälsosamtal kan sjuksköterskan bistå patienten till en djupare insikt för sin hälsa samt vägleda patienten till att göra hälsoval, som är adekvata i förhållande till patientens kapacitet och



levnadssituation (Wärnå-Furu, 2017).

I en studie om sjuksköterskors uppfattningar, förståelse och erfarenheter om hälsofrämjande arbete skriver Casey (2007) att distriktssköterskorna uppgav att de dagligen ägnade sig åt hälsofrämjande arbete och att de var medvetna om att deras arbete var att skapa medvetenhet hos patienter om hälsosam livsstil och att främja fysisk, mental och andlig hälsa. De påtalade att detta innebar att uppmuntra och att informera patienter. I en svensk studie av Hörnsten, Lindahl, Persson och Edvardsson (2014) framkom det att olika strategier används vid samtal om patientens hälsa och livsstil. De strategier som användes var vägledning, inspiration, motivation samt stöttning för att stärka patientens delaktighet och motivation. Strategierna utgick från ett patientcentrerat förhållningssätt.

### 2.3 Primärvårdens uppdrag

Socialstyrelsen (2016) skriver att hälsocentralerna skall arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Landstingen har olika formuleringar för hur uppdraget skall vara utformat men generellt är att landstingen skall ha hälsofrämjande förhållningsätt och att levnadsvanor skall integreras i vården. Det är mer än hälften av landstingen i Sverige som har krav på att hälsocentralernas arbete skall utgå från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. En del landsting har mer detaljerade krav på att hälsocentraler skall erbjuda stöd vid rökstopp, rådgivning om ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol samt fysisk aktivitet på recept (Socialstyrelsen, 2016). Patienter som söker primärvården har rätt att få information om ohälsosamma levnadsvanor för att kunna få en möjlighet att förebygga sjukdom (Socialstyrelsen, 2018).

Vid hälsocentraler i sydöstra Sverige kan patienter få stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor inom flera olika områden såsom stress, sömn, alkohol, tobak, fysisk aktivitet samt matvanor.

### 2.4 Distriktssköterskans roll

Grunden för distriktssköterskors arbete är möten med människor i alla åldrar med olika hälsotillstånd där distriktssköterskors kompetens bland annat är att arbeta hälsofrämjande samt att stärka patienterna genom att möta, stödja, hjälpa, råda, vårda, förebygga samt behandla i livets olika skeden (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Distriktssköterskeföreningen (2008) menar att distriktssköterskans arbete skall präglas av ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I kontakten med patienter och anhöriga skall distriktssköterskor integrera patientcentrerad förebyggande och hälsofrämjande omvårdnad.

Distriktssköterskor skall uppmärksamma förändringar och vidta åtgärder genom att stödja individen vid nedsatt hälsa. Stödet skall ges med respekt för individens val och livsvärld. Det är i de vardagliga mötena som den största potentialen för hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser finns (Distriktssköterskeföreningen, 2008). I en studie om hur distriktssköterskor ser på hälsofrämjande arbete och hur det fungerar i svensk sjukvård framkom det enligt Brobeck, Odencrants, Bergh och Hilding (2013) att distriktssköterskor upplevde hälsofrämjande arbete som en arbetsuppgift lämpad för deras yrkeskategori, vilket de även kände sig motiverade och entusiastiska för.

Distriktssköterskorna uttryckte att det ibland kunde vara en svår uppgift som det fanns hinder för, i form av tid- och resursbrist.

## 2.5 Professionell kommunikation

Det viktigaste i professionell kommunikation inom omvårdnadsyrken är enligt Eide och Eide (2008) att kommunikationen är förankrad i yrkesområdet och till hjälp för patienten. Kärnan i kommunikation är att respektera personen samt lyssna aktivt, vara öppen och samtidigt närvarande. Personal inom hälso- och sjukvård har olika arbetsuppgifter men det generella syftet är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. I en studie om patienters erfarenheter av besök på distriktssköterskemottagning för levnadsvanor skriver Nymberg och Drevenhorn (2016) att patienter uppfattar kommunikationen som positiv om den sker på ett rakt sätt utan förskönande. Det medvetandegör enligt patienterna dem om sina bristande levnadsvanor. Patienterna uttryckte då att distriktssköterskan var pålitlig, vilket upplevdes som god kvalitet på vården.

## 2.6 Person- eller patientcentrerad vård

Personcentrerad/ patientcentrerad vård innebär enligt Holm Ivarsson (2014) att människor görs medskapande och delaktiga i sin vård. Arbetet skall ha ett etiskt förhållningssätt som bygger på respekt, dialog, samarbete samt medkänsla som utgår från personens egen syn på situationen samt från personens rätt till självbestämmande. Det kan finnas en risk med att inte tillämpa detta förhållningssätt och istället skapa obehag med skuld och skam för patienten, samtidigt som möjligheten att stimulera till

positiv förändring minskar. Vid hälsofrämjande arbete finns det risk för paternalism vilket innebär att patienten skyddas mot sin vilja eller får råd som inte utgår från patientens önsknings, behov och förutsättningar. Om förhållningssättet är allt för paternalistiskt kan detta bli kränkande då personen omyndigförklaras, dock kan det ibland vara befogat att informera patienten om vikten av ändrade levnadsvanor. Rådgivaren kan ibland uppleva att det är svårt och känsligt att samtala om vissa levnadsvanor som patienten har och rådgivaren väljer då att avstå från att samtala om dessa, trots att rådgivaren vet att råden skulle vara till stor nytta för patienten. Detta strider enligt Holm Ivarsson (2014) mot göra-gott principen. Göra-gott-principen innebär att arbetet och bemötandet i vården styrs av kunskapsbaserade metoder och behandlingar. Information som gör nytta får inte undanhållas till exempel om det finns riskfaktorer för ohälsa. Det som görs skall leda till ett resultat och stärka det goda utifrån patientens intresse.

Rådgivaren kan med personligt anpassad information och ett patientcentrerat förhållningssätt stödja patienten att själv ta så stort ansvar som möjligt för sin hälsa, samt att patienten är delaktig i besluten om sin vård när det gäller att förebygga eller behandla sjukdom och skada. Det är viktigt att detta görs med respekt genom information, dialog och motiverande samtal (MI) samt att respektera personens autonomi att det alltid är patientens eget val vad han/hon vill göra (Holm Ivarsson, 2014).

## 2.7 Motiverande samtal – MI

Miller och Rollnick (2013) skriver om motiverande samtal vilket förkortas MI efter den engelska benämningen Motivational Interviewing. Detta är en metod att samtala med människor för att få dem till att skapa förändringar i levnadsvanor genom egen motivation. Genom alla processer i MI-metoden är det av stor vikt med reflektivt lyssnande vilket kräver träning, men är det som först skall övas in vid användandet av metoden. En definition av MI från dr. Miller lyder *”Motiverande samtal är en samarbetsinriktad samtalsmetod som syftar till att stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring”* (Miller & Rollnick, 2013, s. 28).

Distriktssköterskor har uttryckt att regelbunden användning och kunskap behövs för att kunna använda MI-metoden fullständigt (Östlund, Wadensten, Häggström, & Kristofferzon, 2013; Östlund, Wadensten, Kristofferzon, & Häggström, 2014). I en studie om motiverande samtal beskriver Noordman, de Vet, van der Weijden och van

Dulmen (2013) att distriktssköterskor till viss del anpassar sin roll som rådgivare vid MI-metoden beroende på var patienten befinner sig i förändringsprocessen.

Holm Ivarsson (2014) skriver att MI är en evidensbaserad metod vilken har visat sig effektivare och mer tillfredställande för både vårdgivare och patienter än sedvanlig rådgivning. Syftet med MI-metoden är att motivera och förstärka i riktning mot målet. Förändringen skall ske i patientens egen takt och på patientens egna villkor. Enligt Östlund et al. (2014) beskriver distriktssköterskor att MI är en metod som stärker både distriktssköterskan och patienten att finna möjligheter till förändring hos patienten. Distriktssköterskan utvecklar sin förmåga att öka patientens motivation till förändring och förbättrar sin empatiska förmåga.

Eriksson och Engström (2015) beskriver i en svensk studie att distriktssköterskor kände sig trygga med att använda MI som metod då de arbetade utifrån patientens egna resurser. Distriktssköterskorna uttryckte att det var av stor vikt att bygga på positiva aspekter vid livsstilsförändring.

Socialstyrelsen (2018) skriver i sina Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor att det finns två rådgivningsnivåer med olika intensitet för arbetet vid ohälsosamma levnadsvanor. Dessa är *rådgivande samtal* samt *kvalificerat rådgivande samtal* som är en patientcentrerad dialog som kan innefatta MI. Kvalificerat rådgivande samtal tar längre tid än rådgivande samtal (Socialstyrelsen, 2018). Holm Ivarsson (2014) menar att kvalificerat rådgivande samtal är mer tidsmässigt omfattande än rådgivande samtal och att personalen som genomför kvalificerat rådgivande samtal är särskilt utbildade i MI-metoden. MI-metodens fördelar är att insatsen är tämligen låg, på tämligen kort tid, samt att metoden går att använda på alla beteenden och på alla målgrupper.

När man arbetar med MI-metoden utgår man från fyra principer: empati, diskrepans, rulla med motstånd samt stödja patientens självtillit.

*Empati*: att visa empati är grundläggande och sker genom det reflektiva lyssnandet då rådgivaren visar förståelse genom att man sammanfattar det man hört.

*Diskrepans*: Detta innebär att rådgivaren försöker få patienten att utveckla, öka och förstärka viljan till förändring, dvs. medvetandegör patienten om hur det egna beteendet skiljer sig från det patienten värderar högt. Rådgivaren lyfter fram negativa konsekvenser i beteendet och det positiva i att göra förändringar i beteendet.

*Rulla med motstånd:* Motstånd är i MI-metoden inte en egenskap hos patienten utan något som rådgivaren framkallar genom sitt sätt att samtala. Detta kan uppkomma om rådgivaren inte är respektfull vilket kan leda till att patienten känner sig otrygg och känner av att dennes självbestämmande inte respekteras. Motstånd är något naturligt i MI-metoden och kan mötas på flera sätt. Det vanligaste sättet är att göra en reflektion och bekräfta vad man hört vilket då visar att man förstår vad patienten säger och det bakomliggande budskapet i det.

*Stödja självtillit:* Ett av målen i MI-metoden är att patienten skall få ökad tillit till den egna förmågan att genomföra förändringar. När rådgivaren visar att denne tror på patientens förmåga stärks patientens tillit på sin egen förmåga (Holm Ivarsson, 2014).

Östlund et al. (2014) skriver att distriktssköterskorna anser att MI som metod inte lägger skuld på patienternas levnadsvanor vilket underlättar för distriktssköterskorna att motivera patienten till förändring. Distriktssköterskorna upplevde att även om patienten inte var redo för förändring just då, skapade samtalet en bra grund för att göra en förändring i framtiden. De upplevde att patienterna visade uppskattning att någon lyssnade och förstod dem. Distriktssköterskorna nämnde även en fördel med metoden, vilket var att den tar vara på patientens kunskap och förutsättningar och att det är patienten som själv fattar besluten om förändring (Östlund, et al., 2014). Enligt Brobeck, Bergh, Odenocrants och Hildingh (2011) anser distriktssköterskor att MI-metoden kan användas i alla former av samtal inom många olika områden. Den kan genomföras i både korta och långa samtal även om samtalen inte är planerade. MI är en krävande men utvecklande metod som främjar medvetenhet och vägledning i relationen med patienten. Hörnsten et al. (2014) beskrev att distriktssköterskorna upplevde det lättare att motivera kvinnor till förändring medan de upplevde det som svårast att prata med och motivera äldre män. Eriksson och Engström (2015) skriver i sin studie att distriktssköterskor väljer att inte utföra sjukdomsförebyggande arbete när de anser att det råder brist på tid.

## 3 Teoretisk referensram

### 3.1 Carl Rogers kommunikationsteori/omvårdnadsteori

Samtalsmetoden motiverande samtal grundar sig på Carl Rogers teori, gällande samtalsledarens roll i det personcentrerade samtalet (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Rogers (2003) skriver att det finns fyra grundförutsättningar i den klientcentrerade teori dessa är: *empati, ovillkorlig respekt, värme och äkthet*. Av dessa är empati viktigast. Dessa grundförutsättningar är helt avgörande för att skapa förändringar. Genom att lyssna med öppet sinne och förstå klienten skapas ett klimat där klienten vågar att öppna sig. Detta görs när man engagerar sig utan att döma, samt genom att försöka förstå den andres situation och hur denne ser saken ur sin synvinkel. Detta möjliggör verklig kommunikation. Sandberg (2014) skriver att du ska ha något att säga den du talar med och inte famla efter ord, vilket innebär att samtalen kan behöva förberedas. Alla samtal skall planeras med gott om tid för att patienten skall kunna få information, få tid att beskriva att de inte alltid har den tid de skulle behöva för att planera och genomföra sina samtal med patienter (Eriksson & Engström, 2015).

## 4 Problemformulering

Behovet av förändrade levnadsvanor är stort i dagens samhälle då det finns ohälsa bland befolkningen. Distriktssköterskor har ett ansvar i det hälsofrämjande arbetet. Det finns olika metoder för att vägleda och motivera patienter till livsstilsförändringar. En av dessa metoder, Motiverande samtal har spridits snabbt inom primärvården, och används som en patientcentrerad rådgivningsmetod för hälsofrämjande insatser. Tidigare forskning visar att arbetet underlättas med MI-metoden vid hälsofrämjande arbete och att MI-metoden ger patienterna en djupare insikt om sin hälsa och patienternas hälsoval genom vägledning av distriktssköterskor.

På hälsocentralerna i det aktuella landstinget i sydöstra Sverige där studien genomfördes arbetar man med metoden motiverande samtal vid hälsofrämjande arbete. Det saknas lokala studier om distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta med MI-metoden vid hälsofrämjande arbete inom primärvården.

För att kontinuerligt kunna utveckla och förbättra distriktssköterskors hälsofrämjande arbete inom primärvården, behövs mer kunskap om deras erfarenheter av hälsosamtal

med MI som metod. Denna kunskap kan i sin tur leda till förbättrade levnadsvanor i samhället.

## 5 Syfte

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att använda motiverande samtal (MI) som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården.

## 6 Metod

### 6.1 Design

Då studiens syfte var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av MI som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården, valde författarna att använda kvalitativ design med induktiv ansats till studien. Henricson och Billhult (2017) skriver att induktiv ansats kan användas vid kvalitativ design då individens erfarenheter av fenomen skall beskrivas och syftet är att detta kan generera i en teori. Som forskare har man då ett öppet förhållningssätt och har ingen teori som utgångspunkt. En datainsamlingsmetod som kan användas vid denna typ av studie är intervjuer, vilket författarna valde till studien. Enligt Polit & Beck (2016) belyser den kvalitativa designen det unika i händelser och hur de i verkligheten erfars och är konstruerade.

### 6.2 Urval

Urvalet i studien bestod från början av 13 distriktssköterskor, dock blev det ett bortfall vilket resulterade i att tolv distriktssköterskor som arbetade på sju olika hälsocentraler i ett landsting i sydöstra Sverige som inkluderades i studien. Polit och Beck (2016) menar att detta intervjumaterial är tillräckligt för att utgöra underlag för tolkning och analys. Urvalet i studien baserades på ett ändamålsenligt urval. Ändamålsenligt urval används för att få deltagare som kan ge så utförlig information som möjligt som svarar mot syftet i studien (Polit & Beck, 2016).

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att distriktssköterskorna skulle ha utbildning i MI-metoden. Exklusionskriterierna i studien var de distriktssköterskor som arbetat mindre än ett år i primärvården samt de distriktssköterskor som arbetade på privatägda hälsocentraler.

Primärvårdsdirektören i det aktuella landstinget kontaktades via mail för att erhålla tillstånd att studien fick genomföras på hälsocentralerna i det aktuella länet. Kontakt togs efter erhållet tillstånd med verksamhetschefer via telefon med åtta av länets 29 hälsocentraler. Verksamhetscheferna fick information om studiens syfte samt vilka inklusions- och exklusionskriterierna till studien var. Hälsocentralerna hade olika stort antal listade patienter, från 2 800 till 15 611 patienter. Informationsbrev skickades därefter till verksamhetschefer via mail (Bilaga A). Verksamhetscheferna ombads därefter att informera distriktssköterskorna på sina hälsocentraler om studien. De distriktssköterskor som valde att delta i studien utifrån inklusionskriterierna erhöll ett informationsbrev om studien (Bilaga B) tillsammans med samtyckesformuläret (Bilaga C). Därefter tog författarna till studien kontakt med dem via mail för att boka tid och plats då intervjuerna skulle genomföras. Distriktssköterskorna fick möjlighet att själva påverka tid och plats för intervjun. Rekrytering av deltagare pågick under perioden april – maj 2018.

Deltagarna i studien var mellan 32 och 64 med en medelålder på 53 år. De hade varit distriktssköterskor i 1–37 år (median= 15 år) och arbetat inom primärvården mellan 4–36 år (median=17 år). De arbetade på följande specialistmottagningar: Diabetes-, astma/KOL-, tobaksavvänjning-, demens-, inkontinens-, vaccination-, livsstils- och alkoholtvättning, samt som rehabkoordinator.

### 6.3 Datainsamling

I studien genomfördes semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer används då forskare vill vara säkra på att täcka in området som studeras samt att de vet vad de vill fråga om men inte vet vad svaren blir (Polit & Beck 2016).

Semistrukturerade intervjuer innebär enligt Patel & Davidsson (2011) att forskaren gör en mall över specifika områden som skall beröras under intervjun. Den som intervjuas ges därmed stor frihet att utforma svaren. Det är inget tvång att frågorna kommer i en speciell ordning, dock kan det utformas så. Båda författarna till studien medverkade vid samtliga intervjuer, totalt genomförde författarna sex intervjuer var. När intervjun genomfördes hade den ena författaren huvudansvaret för intervjun och den andra författaren höll sig i bakgrunden. Detta anses enligt Kristensson (2014) vara en styrka för att kunna hjälpas åt att ställa öppna frågor och följdfrågor. En provintervju genomfördes. Danielson (2017) menar att detta är till för att upplägget och frågorna



skall testas, samt att kontrollera att den tekniska utrustningen fungerar och att intervjuaren får testa sin roll. Vid provintervjun ser man även om den planerade tiden är hållbar. Efter provintervjun utfördes inga justeringar i intervjuguiden (Bilaga D) som konstruerats av båda författarna, utifrån studiens syfte. Då båda författarna ansåg att provintervjun svarade väl mot studiens syfte och det aktuella ämnet, inkluderades denna således i studiens resultat. Intervjuerna ägde rum under en två veckors period mellan juni och augusti 2018. Intervjuerna tog mellan 45 – 60 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes på deltagarnas arbetsplatser, enligt deras önskemål. Intervjuerna utfördes på arbetstid, förutom en intervju då deltagaren var föräldraledig och valde trots detta att delta i studien. Intervjuerna spelades in på två mobiltelefoner, detta för att säkerställa att inspelningen blev av god kvalitet. Intervjuerna hölls i lugn miljö utan distraktioner. Intervjuerna delades upp mellan författarna och transkriberades samma dag av den som genomfört intervjun. Båda författarna lyssnade åter på intervjuerna för att se om transkriberingen överensstämde med den nedskrivna texten.

## 6.4 Dataanalys

Data analyserades med induktiv ansats genom manifest innehållsanalys i studien. Det innebär att texter tolkas och variationer skildras, utifrån att skillnader och likheter påvisas i textmassan (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Elo och Kygnäs (2008) anser att denna metod lämpar sig väl för att analysera händelser som påvisar mångsidighet.

I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) genomfördes en manifest innehållsanalys. Intervjuerna lästes upprepade gånger av båda författarna var för sig efter att de hade transkriberats, detta för att få en helhetskänsla av texten. Meningsenheter som svarade på studiens syfte togs fram, det vill säga meningsbärande delar av texten och omgivande text togs med så sammanhanget kvarstod (Graneheim & Lundman, 2004). Detta gjordes genom att båda författarna var för sig tog ut meningsbärande enheter. Till övervägande del fanns det en samstämmighet. Där de meningsbärande enheterna skiljde sig åt diskuterade författarna detta, inga meningsbärande enheter uteslöts. Tillsammans fortsatte de båda författarna arbetet med att kondensera dessa enheter för att korta ned texten, men utan att innebörden i texten förändrades. Abstraktion utfördes genom att kondenserade enheter kodades vilket

innebar att varje enhet fick en etikett. De koder som hade något gemensamt kom att bilda underkategorier som sammanfördes till huvudkategorier.

**Tabell 1:** Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enheter	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Man ställer öppna frågor, så får man kanske ett svar man inte förväntat sig vilket kan leda till flera frågor. (1)	Öppna frågor ger svar man inte förväntas.	Skapar reflektion hos distrikts-sköterskan	Utmaningar i samtalet och mötet	MI-metodens utmaningar
Sen är det ju viktigt att man stannar upp och lyssnar, en del kan ju tycka att det är lite jobbigt om det blir tyst. (8)	Viktigt att stanna upp och lyssna, en del patienter tycker att det är jobbigt med tystnad	Distrikts-sköterskan beskriver att patienten har ”obehags-känsla” för tystnad	Reflektivt lyssnande ger patient-känedom	Det professionella förhållningssättet hos distrikts-sköterskan
Inte stöd från min chef men från kollegor. Det är inte hans arbetsuppgift att veta hur jag ska jobba med MI. Chefen skall se till att jag får verktyg att arbeta med MI (10)	Kunde vara bättre stöd, chefen ska se till att jag får verktyg att arbeta med MI.	Otillräckligt stöd från chef för att kunna använda MI-metoden	Behov av stöd	Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten

## 6.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna till studien genomförde en etisk egengranskning hos etikkommittén sydost. Utifrån egengranskningen framkom det att ingen vidare etisk prövning var nödvändig (Bilaga E). Sandman och Kjellström (2013) menar att en studie kan kallas etisk om den handlar om väsentliga frågor som leder fram till värdefull kunskap, har god vetenskaplig kvalitet då det gäller att designen besvarar forskningsfrågan och att den är genomförd på ett etiskt sätt. Författarna till studien valde att följa de fyra etikregler som finns när det gäller individskyddskravet vid humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning enligt Vetenskapsrådet (2017). Dessa etikregler är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Deltagarna i studien erhöll informationsbrev via mail (Bilaga B) om studiens syfte enligt informationskravet, de fick även information om samtyckeskravet vilket innebar att deltagarna i studien

hade rätt att själva bestämma över sin medverkan. Sandman och Kjellström (2013) skriver att samtycke motiveras etiskt med hänvisning till deltagarnas autonomi och integritet. En fördel är om deltagarna får lite betänketid innan de fattar sitt beslut. Informationsbrevet beskrev även konfidentialitetskravet vilket menas att deltagarna skall ges största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter skall förvaras så att obehöriga inte kan ta del av uppgifterna samt att de informerades om nyttjandekravet vilket innebär att de uppgifter som samlats in om enskilda individer får endast användas för forskningsändamål (Sandman & Kjellström, 2013). Insamlat material kom efter studiens genomförande att destrueras. Författarna till studien informerade deltagarna även om individskyddskraven innan intervjun ägde rum då samtyckesformuläret (Bilaga C) även signerades av deltagarna och författarna till studien. Samtliga deltagare i studien önskade få återkoppling av resultatet efter studiens genomförande, de kom att få en kopia av hela studien efter godkännande av examinator.

Sandman och Kjellström (2013) skriver att en riskanalys, där nyttan vägs mot riskerna i studiens helhet, skall göras innan datainsamlingen påbörjas. Författarna till studien övervägde riskerna mot nyttan. En risk som framkom var att deltagare kunde komma att avsluta sitt deltagande i studien, om de upplevde att något obehagligt togs upp. Dock kunde inte detta ses av författarna då samtliga deltagare valde att fullfölja intervjuerna. Ytterligare en risk som fanns var att någon av författarna hade en personlig relation med deltagarna sedan tidigare. Detta diskuterades och kom då att lösas genom att den andra författaren genomförde intervjun och den författaren som hade en personlig relation med deltagaren höll sig i bakgrunden. Författarna till studien valde att inte skriva i vilket län studien genomfördes, då det eventuellt skulle kunna medföra att deltagarna i studien kunde ha identifierats. Deltagarna avidentifierades i studien genom att deras personuppgifter ersattes med siffror, detta för att skydda deltagarnas integritet. Dessa riskförhållanden övervägde dock inte nyttoförhållandet med studien.

## 7 Resultat

Under intervjuerna framkom det att samtliga distriktssköterskor var positivt inställda till det praktiska användandet av MI-metoden och gemensamt för dem var även att de ansåg sig ha ett behov av kontinuerlig fortbildning.

Analysen resulterade i tre kategorier och tio underkategorier som visas i tabell 2. Resultatet presenteras med kategorier och underkategorier som rubriker och underrubriker i löpande text. Citat används för att förstärka resultatet ifrån intervjuerna, dessa är numrerade från 1–12.

**Tabell 2:** Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
MI - metodens utmaningar	Utmaningar i samtalet och mötet Att öka kunskapen om patientens hälsoval Patientens egna resurser lyfts fram Betydelsen av patientens egen motivation Att skapa delaktighet Arbetet underlättas med MI-metoden
Det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan	Att vara öppen och närvarande Reflektivt lyssnande ger patientkännedom
Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten	Behov av kunskapsutveckling Behov av stöd

## 7.1 MI-metodens utmaningar

### 7.1.1 Utmaningar i samtalet och mötet

Distriktssköterskorna erfors att MI-metodens öppna frågor var ett bra arbetssätt som ibland gav mer information än de förväntade sig. Det kunde leda till en utveckling av samtalet med flera frågor utifrån den nya information som distriktssköterskorna fick av patienten, vilket gav mer innehållsrika svar.

*” ...nämen det är ett bra sätt för att man får ju mer än man tänker sig, öppna frågor är ju alltid bra.” (1)*

Å andra sidan erfor det ibland som svårt med de öppna frågorna, t.ex. om patienterna inte ville berätta så mycket om sig själva. Detta beskrevs som en utmaning då samtalet

inte gav så mycket information. Det fanns distriktssköterskor som uttryckte att de inom sitt specialistområde inte kunde tänka sig att genomföra ett samtal med patienten utan att använda MI-metoden. Det framkom även i studien att MI-metoden kunde ses som ett stort projekt och att distriktssköterskorna själva gjorde en alldeles för stor sak av att använda sig av metoden, vilket sågs som ett hinder i mötet. Tidsbrist kunde vara ett hinder när det gällde att använda MI som metod i mötet och samtalet. Det beskrevs även att metoden i början upplevdes som ett hinder då distriktssköterskorna var ovana att använda den.

Distriktssköterskorna beskrev att det inte bara går att komma med pekpinna och berätta hur patienten skulle göra sina hälsofrämjande åtgärder. Det som poängterades var att det gällde att använda ord som patienten förstod, så att patienten själv kunde komma på hur förändringarna skulle ske. Distriktssköterskorna berättade att det fanns en del utmaningar i att använda MI-metoden. Det framkom i intervjuerna att distriktssköterskorna erfor att det var en stor utmaning att använda MI-metoden på patienter som varit sjukskrivna och som skulle prova på att återgå till sitt arbete. En del av dessa patienter blev arga när man använde sig av MI-metoden. Detta ansåg distriktssköterskorna berodde på att patienterna inte var redo för förändringen. Dock påpekade distriktssköterskorna att det kändes viktigt att påverka patienterna då det kunde leda till bättre hälsa om de kunde återgå till sitt arbete.

Om en patient varit hos läkaren och upplevt sig få ett ”felaktigt bemötande” hade patienten byggt upp ett försvar kring sitt hälsoproblem såsom distriktssköterskorna uppfattade situationen. Detta var då en utmaning för distriktssköterskan att ”övervinna” för att få ett samspel i mötet med patienten.

Distriktssköterskorna berättade att vissa patienter var väldigt bestämda med vad de förväntade sig av vården vilket också ansågs vara en utmaning i mötet. Mötet med utländska kvinnor var också en utmaning för distriktssköterskorna, dessa kvinnor var inte vana vid MI-metoden från sitt hemland, de önskade medicin eller operation för att åtgärda sina hälsoproblem istället för att göra hälsofrämjande åtgärder.

Distriktssköterskorna hade erfarenheter av att dessa kvinnor inte var nöjda med mötet vilket de beskrev kunde bero på kulturella skillnader i sjukvården i jämförelse med vården de vara vana vid i deras hemland.

Distriktssköterskorna beskrev att det fanns vissa könsskillnader och generationsskillnader hos patienterna när man använde MI-metoden. Kvinnorna upplevdes ha lättare att kommunicera medan männen var tystare. Det framkom även att yngre patienter var mer benägna att diskutera sina hälsoproblem men också att de önskade snabba resultat på förändringen.

*”Många unga vill ju ha en sådan där Quick fix och en tablett, det krävs ju så mycket mer” (5)*

Distriktssköterskorna uttryckte att medelålders män lättare tog till sig MI-metoden än de yngre. Män som nyligen gått i pension ansågs vara mer benägna att ändra på sin livsstil än andra. Äldre patienter ville bli mer styrda av distriktssköterskorna och få till sig exakt vad de skulle göra för att ändra på sitt hälsoproblem.

Det framkom även att vissa distriktssköterskor inte hade erfarenheter av att det fanns någon skillnad mellan vare sig generationer eller kön, utan de ansåg att MI-metoden är anpassningsbar och går att använda på alla beroende på deras motivationsnivå, personlighet och vad patienten har för erfarenheter och bakgrund sedan tidigare.

### **7.1.2 Att öka kunskapen om patientens hälsoval**

Distriktssköterskorna erfor att MI-metoden hjälpte dem att öka medvetenheten om patientens hälsoproblem genom information och ”komma åt kärnan” hos patienter som inte insåg vilka skador deras hälsoproblem kunde orsaka om de inte gjorde en livsstilsförändring. Distriktssköterskorna ansåg att det fanns vissa patienter som hade en del försvarsmekanismer för att inte vilja förändra sin ohälsosamma livsstil. Patienterna såg inte själva problemet som exempelvis vid rökning, de hade inga besvär av rökningen just nu och var därför inte medvetna om problemet.

*”Det är väl just runt rökningen att en del tycker väl att man alltid har rökt och att varför skall man ändra någonting när jag är frisk nu? De ser väl inte riktigt hela innebörden av att fortsätta röka och jag kan se att och poängtera att det blir försämrat men det är svårt för patienten innan man känner det där så tycker man det är okej.” (3)*

När patienten fick kunskap om hälsoproblemet sådde man ett frö till eventuell förändring, därefter fick patienten gå hem och fundera i lugn och ro för att sedan följas

upp vid nästa besök för att då ha något att bygga en förändring på. Distriktssköterskorna beskrev att medvetenheten ökade hos patienten om sitt hälsoproblem när denne själv fick tänka efter vilken förändring som kunde göras.

### **7.1.3 Patientens egna resurser lyfts fram**

En viktig del i MI-metoden är enligt distriktssköterskorna att patienters egna resurser tydliggörs. Detta kunde de erfara som att vissa patienter ville att sjukvården skulle lösa de hälsofrämjande åtgärderna åt dem. Patienter kunde komma till hälsocentralen för att få information om livsstilsförändringar som kunde ge effekt på blodtrycket, dock var de exempelvis inte villiga att sluta röka utan de önskade medicin istället.

Distriktssköterskorna beskrev att de då fick försöka vända på det genom att skifta fokus och få patienten att inse att de själva hade resurser för att kunna göra de hälsofrämjande åtgärderna genom att locka fram förändringen. Det framkom utsagor om att hälsofrämjande arbete med MI-metoden är en latent process som patienten arbetar med själv. Distriktssköterskornas uppgift ansågs bland annat vara att istället lyfta och förstärka de framsteg som patienten hade gjort och att man hjälpte dem uppfatta förändringen. De påpekade även vikten av att man gav patienten känslan av att patienten kom på förändringen själv.

*”... och att försöka stärka de framsteg som ändå har gjorts och försöka hitta en väg åt patienten...” (12)*

*”...man får sin patient, man får dem att få känslan av att det här kom jag faktiskt på själv, det är ingen som säger åt mig det här, det är någonting jag själv har gjort...” (9)*

### **7.1.4 Betydelsen av patientens egen motivation**

I resultatet framkom det att samtliga distriktssköterskor hade erfarenhet av att patientens motivation var viktigt för att få till en förändring.

*”.... det har en stor betydelse i en förändringsprocess hos en människa, det är ett att göra tillkänna vad problemen är och får man dom bara till att förstå det så eller att då kommer man ju ändå framåt och då kan man jobba vidare med motivationen.” (12)*

En del patienter ville inte komma till hälsocentralen men var av olika skäl ”tvingade”, exempelvis för att styrka nykterhet för att få behålla sitt körkort. Dessa patienter upplevdes då svåra att få med sig för att göra en förändring, vilket ansågs bero på att de inte var tillräckligt motiverade. Patienter med alkoholberoende ansågs vara en svår grupp till att få att göra hälsosamma val, då det handlade om både fysiskt, psykiskt och en medicinsk problematik.

Vid livsstilsförändringar hos patienter som använde tobak framkom det att en del av distriktssköterskorna hade erfarit att även de patienterna var en svår grupp att motivera då de upplevdes ha mycket försvarsmekanismer. De här patienterna hade kanske försökt att förändra sitt beteende tidigare utan att lyckas och för att lyckas måste de ha motivation. Dock fanns det även distriktssköterskor som belyste att patienter som använde tobak och patienter som hade högt blodtryck var lättare att motivera till förändring än exempelvis patienter som var sjukskrivna.

*”När det gäller det här med sjukskrivningar är det jättesvårt att prata med motiverande, för många är så, alltså.....bestämda att de skall fortsätta sin sjukskrivning, sen ska man försöka motivera dem att gå ut i arbete och pröva lite. Många går ut i arbete litegrann men många är jättesvårt att prata motiverande just i den. Däremot som på distriktssköterskemottagningen när man pratar motiverande med blodtryck, rökning ähh kost det tycker jag är mycket lättare för att där kan man, där tar patienten ofta mer till sig och är mera motiverad tycker jag.” (6)*

Distriktssköterskorna uttryckte att de följde upp patienterna genom att ringa dem efter en vecka för att följa upp motivationen hos patienterna. Distriktssköterskorna uppmuntrade också patienter som inte var tillräckligt motiverade till förändring att de själva skulle ta kontakt med hälsocentralen när de kände sig redo att göra en förändring exempelvis vid rökavvänjning, för då beskrev de att patienterna var tillräckligt motiverade och då hade de något att arbeta med.

Patientens mognad för förändring var en faktor som ansågs viktig för patientens motivation. När patienterna var mottagliga för information och intresserade av att lära sig mer, var det lättare att få dem motiverade till hälsofrämjande förändringar.

*”Har du någon som är mottaglig eller som är intresserad så är ju allting mycket enklare eller om du har en som inte är intresserad för fem öre.....” (2)*



### 7.1.5 Att skapa delaktighet

Distriktssköterskorna ansåg att MI-metoden hade en stor betydelse för att göra patienten delaktig i samtalet. Genom att distriktssköterskorna inte var ”enkelspåriga” utan anpassade sig efter patienten erfor distriktssköterskorna att ett gott resultat oftast kunde uppnås då patienterna blev delaktiga. Distriktssköterskorna uttryckte vikten av att ha patienten med sig, detta var avgörande för att skapa delaktighet.

*” ...där gäller det ju verkligen att man möts liksom att man, båda vill åt samma håll ...”(10)*

Detta kunde göras genom att distriktssköterskorna skapade en relation så att patienten blev mera mottaglig. Ibland kunde fokus hamna på annat än den hälsofrämjande åtgärden som det var tänkt att handla om, istället handlade mötet om det patienten ville prata om.

Det framkom att distriktssköterskorna hade erfarenheter av att det fanns varierande förutsättningar för delaktigheten. Distriktssköterskorna beskrev att när de träffade patienter för rökavvänjning för första gången kunde det upplevas att besöket inte blev så bra men att de följande besöken upplevdes bättre, vilket kunde bero på att patienten skapat motivationen själv och delaktighet hade skapats. När MI-metoden kunde användas fullt ut erfor distriktssköterskorna att den gav bättre resultat. Genom att utgå från patientens förslag på förändringar, exempelvis när på dagen patienten kunde gå en promenad beskrev distriktssköterskorna att delaktighet skapades.

Distriktssköterskorna erfor att vissa patienter anammade MI-metoden omgående vilket visade sig genom att distriktssköterskorna såg ett tydligt gensvar hos patienterna.

*” .....alltså en del tar ju till sig det direkt och man ser hur tankarna börjar att gå, ja just det och det är ju ganska trevligt att se mm...” (7)*

Genom att ”bollen var satt i rullning” erfor distriktssköterskorna att patienterna kände sig delaktiga i förändringen av sitt beteende.

Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att när de inte fick ett samspel med patienterna, kunde det leda till att distriktssköterskorna nästan gav upp i mötet med patienten.

#### **7.1.6 Arbetet underlättas med MI-metoden**

Det framkom i resultatet att distriktssköterskorna hade erfarenhet av att MI-metoden skapade en god relation och förtroende med patienten och att arbetet underlättades och gjordes mer naturligt med MI-metoden. En del av distriktssköterskorna belyste att det var en bra metod som gav bra resultat i de olika situationerna hos patienter som sökte vård på distriktssköterskemottagningen för högt blodtryck, rökavvänjning, kostfrågor samt alkohol. Distriktssköterskorna erfor att patienterna ibland kände att det var distriktssköterskan som hjälpt dem till förändringen men att det ju egentligen var patienten själv som har medverkat till förändringen.

*”...hon var så VÄLDIGT positiv och allting var jättebra och hon skötte sig jättebra, däremot sa hon oh vad bra det är att du pushar och talar om att det är bra.... ” (1)*

Distriktssköterskorna beskrev även att metoden öppnade dörrar som de ansåg annars hade förblivit stängda. Genom att få patienten på rätt väg direkt genom att använda hälsofrämjande åtgärder, ge information samt stöd beskrevs av distriktssköterskorna som att de hade lyckats hjälpa patienten till att förändra sin hälsa genom att använda MI-metoden.

*”...alltså jag anser ju att det finns alltid någon bakdörr men det gäller bara att hitta den och det är inte det lättaste alla gånger, det är det inte, men det är ändå som MI underlättar för att man har den här alltså man har det här med öppna frågor och man har följsamheten och mmm den hjälper i alla fall känner jag och öppnar dörrar som kanske skulle ha förblivit stängda, ja ” (9)*

När distriktssköterskorna såg att patienterna hade fått en insikt ansåg distriktssköterskorna att de hade stärkt individen, vilket då gav en kraft tillbaka till distriktssköterskan att fortsätta arbeta med MI-metoden. De beskrev att en vinstsituation uppstod för både patienten och distriktssköterskan och det underlättade för distriktssköterskans fortsatta arbete.

## 7.2 Det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan

### 7.2.1 Att vara öppen och närvarande

Distriktssköterskorna beskrev att de kunde använda MI-metoden i alla möten då de kände sig trygga med den, en del tänkte inte ens på att de använde metoden.

*”.... Jag kan använda MI i all kontakt med patienten i rådgivande som demensmottagningen som jag har haft och diabetesen, så jag tycker att jag, det behöver är en väldigt bra metod så att jag använder den så mycket och så ofta jag tycker att jag behöver” (11)*

Distriktssköterskorna beskrev även att de kunde blanda MI-metoden med andra metoder när det fanns behov för detta. Det ansågs som positivt att metoden innehåller sammanfattningar som görs för att bekräfta att både patienten och distriktssköterskan uppfattat mötet på samma sätt så att det inte uppstod några missförstånd för att kunna fortsätta samtalet. Distriktssköterskorna uttryckte även att det var viktigt att få ett gensvar i mötet. Distriktssköterskorna beskrev att de anpassade sig efter patienten i samtalet även om det var distriktssköterskorna som styrde själva samtalet, då en del patienter kunde prata om andra saker än det besöket gällde. Genom att samtalen kunde anpassas på olika nivåer menade distriktssköterskorna att MI-metoden gick att använda i olika situationer, som när mötet med patienten skedde i telefonen, i receptionen på hälsocentralen eller i andra situationer.

Det uttrycktes att det var viktigt att vara ödmjuk och visa respekt när patienten öppnade sig och berättade om något som de upplevde som svårt att berätta om.

Distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att möta patienterna på ett professionellt sätt och inte vara dömande.

*”...att bemöta dem att man är på samma nivå och liksom att det inte blir tokigt, att man inte trampar någon på tårna tycker jag. ” (10)*

Distriktssköterskorna menade att det var viktigt att se patientens olika erfarenheter och bakgrund för att kunna möta patienten på ett öppet och närvarande sätt. De beskrev att det kunde ta tid att möjliggöra en hälsofrämjande förändring hos patienten. Det gällde då för distriktssköterskorna att vara lyhörda samt att de hade tålamod att vänta ut

förändringen. Det framkom även att distriktssköterskorna hade erfarenhet av att det var viktigt att de inte tog över från patienten vad patienterna själva kunde förändra och hur det skulle genomföras. Detta kände distriktssköterskorna en frustration över då de ville ha ett snabbare resultat.

Från intervjuerna framkom att en del distriktssköterskor inte erfor sig ha ett så bra resultat av MI-metoden som de önskade sig men de menade att om de kunde hjälpa patienterna till ett lite bättre liv så hade de ändå uppnått en hel del.

*”Och sen tycker jag också att det är viktigt med motiverande för dem här, vi ska ju jobba hälsofrämjande med och det är ju viktigt att använda sig av det. Sen kanske man inte kan få alla till att ändra sig eller så, men många kanske kan ändra sig, eller få att man kan tänka om lite.” (6)*

### **7.2.2 Reflektivt lyssnande ger patientkänedom**

Distriktssköterskorna ansåg att när de fick träffa patienterna flera gånger och höra deras historia fick de kännedom om patienten och bildade sig då en uppfattning hur patienten skulle bemötas på ett respektfullt sätt. Något som också framkom från distriktssköterskorna var vikten av att våga lämna pauser i samtalet med MI-metoden, genom att stanna upp och lyssna. Distriktssköterskorna erfor att en del patienter kände sig obekväma med det. De ansåg dock att det var värdefullt, för att patienten skulle få möjlighet att tänka efter. De berättade att studenter som ibland var med under samtalet, reflekterade över att distriktssköterskorna vågade skapa denna tystnad.

*”... jag tänker på att vi har ju så många som går med oss hela tiden, så är det ju många som tycker att det är väldigt bra samtal jag haft, just det där att dom får tänka efter och att de får svara och att man lämnar paus, det är ju många som reflekterar över och säger att du törs vara tyst så länge.” (1)*

## **7.3 Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten**

### **7.3.1 Behov av kunskapsutveckling**

I resultatet framkom att samtliga distriktssköterskor påtalade att de hade behov av repetition i MI-utbildning. Framförallt påpekades det då man inte använde det

regelbundet eller var ovan vid metoden. De ansåg att MI-metoden skulle användas mer om man fick regelbunden utbildning och att man blev mer trygg i metoden.

*” Det är nog bara att man tycker att man gått utbildningen en gång så har man gått den och visst när man väl har gått utbildningen så tänker man jättemycket på att man ska ställa de här frågorna och man uppdaterar och så tänker man hela tiden noga, vad bra det här är att använda men sen faller man ju i glömska...” (1)*

Distriktssköterskorna påtalade att det underlättade om man hade utbildningar nära hemorten för att slippa resa långt med övernattnig, då det tar en del tid från verksamheten. Det fanns förslag på att man kunde ha MI-utbildning på de gemensamma sjuksköterskedagarna inom landstinget eller att det hölls kortare repetitionsutbildningar på personalmöten.

En del distriktssköterskor hade fått repetitionsutbildning i MI medan andra hade fått repetition i MI-metoden i samband med att de gick andra utbildningar.

*” ...jag har gått en annan utbildning, en tvådagarskurs i Stockholm där var det också mycket prat om MI och det var bra att man gick på den kursen för då sa hon att MI tar nästan 20 år innan man lär sig det, längre skratt, det var det vi behövde höra... (8)*

Det framkom även att de hade fått repetition i MI-metoden av arbetsplatsens psykolog. Distriktssköterskorna uttalade att en del av dem hade fått minskat intresse för att gå flera utbildningar då en del snart skulle gå i pension. Det framkom förslag på att man regelbundet skulle gå ihop två och två och träna på MI-metoden samt utvärdera varandra i hur man arbetade med metoden. Förslag kom även på att samtalen skulle spelas in på film och sedan utvärderas i utbildningssyfte.

Det påtalades att studenter bidrog till bibehållen kunskap i MI-metoden då studenterna diskuterade en del om MI-metoden eftersom det ingick i studenternas praktik att använda MI-metoden.

### **7.3.2 Behov av stöd**

En del distriktssköterskor uttryckte att de inte hade tillräckligt med stöd från chefen och organisationen att använda MI-metoden. Detta kunde bero på tidsbrist, att ekonomin

styrde verksamheten vilket innebar att de skulle ha kortare tider på sina patientbesök samt att tidboken var fullbokad från morgon till kväll. Distriktssköterskorna ansåg att MI-metoden var lågt prioriterat i verksamheten. Det påpekades att det är chefens ansvar att det fanns resurser för att arbeta med MI-metoden.

*”... För att man ska kunna ha ett ordentligt samtal så behöver du ju tid, men samtidigt är det ju gärna ett krav ifrån ledningen att man kortar ner tiden på sina besök att man inte har och det är ju mycket man ska hinna med ändå på den där timmen och ska man då kunna ha ett riktigt motiverande samtal så då räcker ju knappt inte tiden till.” (2)*

Andra distriktssköterskor uttryckte att de hade bra stöd från sin chef och organisationen samt att de fick tid för att använda MI-metoden. De ansåg att det var positivt att chefen hade förstått att MI-metoden var en bra samtalsmetod i verksamheten.

*” Jag tycker jag har bra stöd, det tycker jag och man blir lyssnad på om det är någonting, det tycker jag och även från kollegor och vi försöker ju att hjälpas åt. Ser jag att det behövs så bokar vi av lite längre tid...” (4)*

Gemensamt för alla distriktssköterskor var att de hade erfarenheter av att de hade stöd från sina kollegor på arbetsplatsen att använda MI-metoden och att de diskuterade med varandra om hur de skulle använda metoden hos patienter som de ansåg var svårare att använda metoden på. Det framkom att det fanns distriktssköterskor på en del arbetsplatser som hade undervisat i MI-metoden och detta beskrevs vara ett stort stöd för övriga kollegor.

## 8 Diskussion

### 8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av MI som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården. Studien genomfördes med hjälp av kvalitativ design med induktiv ansats och analysen gjordes med kvalitativ manifest innehållsanalys. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att en styrka i valet av denna metod kan vara att författarna blir mer delaktiga i studien genom intervjuerna

men även en svaghet kan finnas om författarna har svårt att distansera sig. Författarna till denna studie upplevde sig inte ha svårigheter att distansera sig.

Utifrån studiens syfte valdes ändamålsenligt urval, för att få så utförlig information som möjligt från deltagarna. Författarna har haft en diskussion om detta urvalsförfarande kan ha påverkat resultatet genom att de distriktssköterskor som var positivt inställda till MI-metoden var de som valde att delta i studien vilket då kan anses som en svaghet. Dock upplevde inte författarna att det var så.

I inklusionskriterierna ingick det att distriktssköterskorna skulle ha utbildning i MI-metoden, under en av intervjuerna framkom det att deltagaren saknade utbildning i MI-metoden. Deltagaren hade dock arbetat aktivt med MI-metoden i 10 år. Genom självstudier och med information från kollegor som gått utbildning hade deltagaren lärt sig att använda metoden och kände sig trygg med detta arbetssätt. Författarna valde att inkludera denna deltagare i studiens resultat då båda författarna ansåg att deltagarens erfarenheter av MI-metoden kunde anses som likvärdiga med en grundutbildning i MI-metoden samt att resultatet i intervjun överensstämde mycket väl med studiens syfte. Kanske kunde studiens resultat påverkats om författarna hade valt att inkludera de som hade lång erfarenhet av MI-metoden, dock utan någon utbildning i MI-metoden.

Ett av exklusionskriterierna var att distriktssköterskorna inte arbetade på privatägda hälsocentraler, detta för att förutsättningarna skulle vara så likartade som möjligt för alla deltagare i studien.

För att få så stor bredd och noggrann beskrivning från distriktssköterskorna som möjligt av det fenomen som skulle belysas valde författarna att ha stor variation på antal listade patienter på hälsocentralerna, då distriktssköterskorna på de olika hälsocentralerna kanske hade olika förutsättningar att arbeta med MI-metoden utifrån dess resurser. Författarna valde även att sträva efter en geografisk spridning i det aktuella länet för att se om det fanns skillnader av distriktssköterskors erfarenheter geografiskt inom länet. Dock kunde författarna inte se några geografiska skillnader.

Urvalet av deltagarna i denna studie består av tolv distriktssköterskor, dock anmälde ytterligare en distriktssköterska sitt intresse att delta i studien men den inplanerade intervjutiden blev ändrad på grund av hinder i dennes verksamhet. Författarna diskuterade om ytterligare en intervju ansågs vara relevant för resultatet, dock valde författarna att exkludera denna distriktssköterska då det ansågs finnas tillräckligt med

innehåll och variation i intervjumaterialet. Detta kan ha bidragit till att viktig information som sticker ut ifrån det övriga resultatet kan ha missats. Polit och Beck (2016) menar att det är inte hur stor mängd insamlad mängd data utan kvalitén på den som är avgörande för resultatet. Deltagarnas varierande ålder, yrkeslivserfarenhet och antal år i primärvården samt deras olika specialistmottagningar gör att variationen i studien ökar överförbarheten av studien och trovärdigheten i urvalet enligt Henricson (2017). En svaghet med urvalet kan vara att det endast var kvinnor i studien, dock är detta relevant utifrån antalet yrkesutövande manliga distriktssköterskor i det aktuella landstinget som i dagsläget endast är två.

Författarna till studien valde att genomföra semistrukturerade intervjuer utifrån studiens syfte. Intervjuguiden bestod av sju öppna frågor samt följdfrågor som svarade mot studiens syfte vilket ökar trovärdigheten i en studie enligt Kristensson (2014). Intervjuguiden utvärderades av författarnas handledare innan den användes. En provintervju utfördes och transkriberades samma dag. Denna intervju inkluderades i studien då författarna inte gjorde några ändringar i intervjuguiden. Danielsson (2017) menar att om provintervjun skrivs ut så kan det lättare ses om de frågor som konstruerats är adekvata eller om de behöver konstrueras om innan den första intervjun skall genomföras. Författarna hade en diskussion om intervjuguiden skulle mailas ut till deltagarna innan intervjuerna men författarna valde att inte göra det då det eventuellt skulle kunna leda till att deltagare valde att avbryta sitt deltagande i studien då de kanske skulle uppleva att frågorna var svåra att besvara. Å andra sidan, om deltagarna hade fått intervjuguiden innan intervjutillfället kanske detta kunde ha medfört djupare svar på frågorna. Intervjuernas avslutande fråga var en följdfråga om deltagarna hade något att tillägga, om de upplevde att författarna hade missat att ta upp eller om det var något mer som behövde belysas. Det framkom inget mer från distriktssköterskorna som skulle tilläggas eller belysas vilket författarna då anser stärker intervjuguidens giltighet. Slutligen gjordes en sammanfattning av intervjuerna för att undvika att missförstånd hade uppstått av det som sagts av deltagarna i intervjuerna. Deltagarna i studien erbjöds även att ta kontakt med författarna efter intervjutillfället om det uppdagades att de hade något ytterligare att belysa. Detta valde författarna att göra då de inte hade erfarenhet sedan tidigare att genomföra en intervjustudie vilket kan vara en svaghet i studien. Polit och Beck (2016) skriver att forskaren bör vara medveten om sina egna erfarenheter och resurser när det gäller genomförandet av intervjuer för att lyckas få tillit så deltagarna delar med sig av sina erfarenheter. Båda författarna upplevde att de blev mer bekväma i



sin roll som intervjuare under perioden då datainsamlingen pågick. Båda författarna medverkade vid samtliga intervjuer för att hjälpas åt med frågorna och dokumentationen vilket kan ses som en styrka i arbetet enligt Kristensson (2014). En nackdel med att vara två intervjuare kan vara att de får ett övertag gentemot deltagaren vilket är viktigt att vara medveten om enligt Kristensson (2014). Diskussion har förts om eventuellt alternativ till intervju, t.ex. hade varit en enkät med semistrukturerade frågor som hade skickats till deltagarna i studien, dock ansåg författarna att de då skulle kunnat missa djupare svar, då följdfrågor ej kunde ställas. Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplatser vilket de själva hade haft önskemål om. Författarna ansåg att detta möjliggjorde att deltagarna lättare kunde delta i studien då det inte påverkade deras verksamheten i lika stor utsträckning gällande tid. Det fanns gott om tid avsatt för varje intervju vilket gjorde att de kunde utföras utan stress och avbrott. Kristensson (2014) skriver att det mest optimala är om intervjuer genomförs på platser med minimal risk för störning.

Författarna valde att använda sig av induktiv ansats genom manifest innehållsanalys i studien. Denna analysmetod anses av Graneheim och Lundman (2004) vara en lämplig metod för oerfarna forskare. Båda författarna genomförde analysen gemensamt samt att båda författarna var för sig tagit ut meningsbärande enheter för att undvika att några meningsbärande enheter inte skulle missas. Därefter diskuterades de meningsbärande enheter då det fanns vissa som skilde sig åt, dock uteslöts inga meningsbärande enheter. Detta menar Lundman och Hällgren Graneheim (2017) stärker tillförlitligheten i resultatet. Författarna till studien gick tillbaka till de transkriberade intervjuerna och de meningsbärande enheterna flera gånger under analysprocessen för att få fram kategorier för att se om kategoriernas innehåll skilde sig åt, vilket rekommenderas av Graneheim och Lundman (2004). Författarna till studien upplevde att denna process var svår då vissa delar av innehållet passade i flera kategorier. Dock styrker detta tillförlitligheten då analysen är väl bearbetad. Författarna till studien valde att presentera analysprocessen i Tabell 1 för att förtydliga analysen för att se sammanhanget enligt Kristensson (2014).

Författarna till studien har haft en kritisk reflektion angående förförståelsen av MI-metoden. Båda författarna har under sin distriktssköterskeutbildning fått grundutbildning i MI-metoden, dock har inte författarna aktivt arbetat med MI-metoden. Författarna har fått ytterligare förförståelse för ämnet som skulle studeras då en gedigen

litteraturgenomgång har gjorts och vetenskapliga artiklar lästes för att få en djupare insikt i det valda ämnet. Under studiens gång kom författarna vid utformandet av frågeformuläret, vid studiens analys och vid tolkning av resultatet att arbeta med att utelämna sina värderingar om ämnet som studerades samt förförståelsen som författarna fått med sig under arbetets gång. Priebe och Landström (2017) skriver att förförståelse handlar om det författarna kan och vet innan studien påbörjas. Allt man som författare till en studie tolkar och förstår görs utifrån det vi redan förstått.

I kvalitativ forskning diskuteras begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet, detta för att all forskning bör vara så trovärdig som möjlig. Genom hela forskningsprocessen skall trovärdigheten framgå tydligt (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att en tydlig beskrivning av urvalsmetoden, deltagarna, datainsamlingen och dataanalysen ges ökar studiens trovärdighet, giltighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Elo och Kygnäs (2008) anser att genom ett tydligt beskrivande av sammanhang, urval, deltagarnas förutsättningar, insamling av data samt analysprocessen underlättas omvandlandet av materialet till ett resultat. Genom att citat från intervjuerna lyfts fram i resultatet stärks trovärdigheten samt att det möjliggör för läsaren att bedöma tolkningarnas giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Författarna till studien hade fortlöpande handledning vilket innebar att handledaren läste och återkopplade materialet i studien till författarna under hela arbetets gång. Detta anser författarna ökar trovärdigheten i studien vilket överensstämmer med Vetenskapsrådet (2017) som påpekar att handledningen skall vara en vägledning i forskningsarbetet för att skapa utveckling, och kompetens.

I aktuell forskning och andra studier har det framkommit liknande resultat som resultatet i förevarande studie, vilket gör att författarna anser att överförbarheten i studien ökar. Dock kan det vara begränsat när det gäller de olika landstingen i Sverige gällande resurser och behov av kunskapsutveckling då verksamheterna kan se olika ut.

## 8.2 Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie beskriver distriktssköterskors erfarenheter av att använda MI som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården och detta resulterade i tre kategorier: MI-metodens utmaningar, det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan samt förutsättningar att använda MI-metoden i verksamheten.

Resultatdiskussionen kommer att presenteras utifrån dessa tre kategorier och diskuteras i förhållande till andra studier och aktuell litteratur/ forskning.

Resultatet i studien visade att samtliga distriktssköterskor var positivt inställda till att använda MI-metoden då den kunde användas i alla möten samt att de flesta av dem använde metoden dagligen. De uttryckte även att det fanns ett behov av kontinuerlig fortbildning.

I studiens resultat framkom det att det fanns distriktssköterskor som använde MI-metoden på patienter som var sjukskrivna och skulle återgå till arbete. Författarna till studien har dock inte hittat någon tidigare forskning kring just användandet av MI-metoden inom primärvården hos distriktssköterskor vid sjukskrivningar.

### **8.2.1 MI-metodens utmaningar**

I resultat framkom det att distriktssköterskorna oftast fick mer information från patienterna än vad de förväntade sig med hjälp från MI-metodens öppna frågor. Detta resultat överensstämmer med det Holm Ivarsson (2014) och Miller och Rollnick (2013) skriver, att öppna frågor kan stimulera patienten att delge rådgivaren mer information. Detta kan i sig vara motiverande och ger rådgivaren information som är av betydelse för att kunna hjälpa och förstå patienten, vilket innebär en mindre risk för att något som är av vikt missas (Miller & Rollnick, 2013).

Resultatet i föreliggande studie visade att distriktssköterskorna med stöd av MI-metoden ökade medvetenheten hos patienterna om deras hälsoproblem, dock fanns det en del patienter som inte var medvetna om sina hälsoproblem. Det fanns även patienter som upplevdes ha en del försvarsmekanismer mot att förändra sin ohälsosamma livsstil. Van Nes och Sawatzky (2010) påtalar i sin studie att när patienten blir involverad angående sin ohälsa har MI-metoden effekt medan traditionella råd har minimal effekt. För att undvika ohälsa behöver patienten bli involverad i sin vård. Östlund et al. (2013) skriver att målet är en god hälsa till alla och genom förebyggande arbete inom primärvården skall detta uppnås. Författarna till föreliggande studie anser att om hälsoproblem identifieras i tidigt skede kan detta förhindra sjukdom, medicinering och minska lidande hos patienter vilket även kan innebära en samhällsvinst.

I resultatet påvisades vikten av att distriktssköterskorna lyfte fram och förtydligade patienternas egna resurser för att stärka patienten i deras hälsofrämjande förändringar. I studien av Nymberg och Drevenhorn (2016) framkom det att patienterna upplevde att de

blev stärkta av att distriktssköterskorna gav dem en insikt om att de tänkte på rätt sätt för att kunna genomföra förändringar. Författarna till den aktuella studien anser att detta överensstämmer med vad Ekman et al. (2011) skriver om personcentrerad vård. Den personcentrerade vården innebär att fokus skiftas från medicinsk behandling hos en passiv patient till att patienten blir delaktig i beslutsfattandet kring sin vård. Detta förhållningssätt innebär att patienten inte reduceras till sin sjukdom utan att patienten ses som en person. Fokus ligger på den personliga upplevelsen och de personliga förutsättningarna. Syftet är att hitta personens styrkor och resurser ( Ekman et al. 2011).

I aktuell studie erfor distriktssköterskorna att när de hade stärkt patienten till förändring, gav det en kraft tillbaka till distriktssköterskan vilket underlättade det fortsatta arbetet med MI-metoden. Det beskrevs som en vinstsituation för både patienten och distriktssköterskan.

I aktuell studie visade det sig att samtliga distriktssköterskor ansåg att patientens motivation var avgörande för att få till en hälsofrämjande förändring. Detta påvisades tydligt när patienterna inte upplevdes vara så motiverade eller om de inte kom till distriktssköterskorna av egen vilja. Flocke, Kelly och Highland (2009) styrker detta i sitt resultat där de påtalar att patientens egen vilja och motivation är avgörande för att genomföra en hälsofrämjande förändring. Lindhe Söderlund, Nilsen och Kristensson (2008) fann i sin studie att distriktssköterskor kände sig frustrerade när patienter inte var motiverade att göra en förändring, distriktssköterskorna ansåg att det inte var deras ansvar att patienten hade motivation utan det var patientens eget ansvar. En faktor som författarna till föreliggande studie diskuterat är att distriktssköterskornas ansvar är att försöka locka fram motivationen hos patienten vilket är en del i MI-metodens syfte. I studien påvisades det att distriktssköterskorna gjorde uppföljningar för att följa upp motivationen hos patienterna då patientens mognad för förändring ansågs vara en viktig faktor. Östlund et al. (2013) skriver att MI-metoden blir mer effektiv då tätare uppföljningar genomförs. Då patienterna har genomfört sina hälsofrämjande åtgärder påtalar Brobeck et al. (2011) att uppföljningar bör fortsätta.

### **8.2.2 Det professionella förhållningssättet hos distriktssköterskan**

I resultatet visade det sig att distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att vara öppen och närvarande med ett ödmjukt förhållningssätt. Detta genom att inte döma patienten utan se patienternas olika erfarenheter och bakgrund. Då MI-metoden grundar sig på Carl Rogers kommunikationsteori valde författarna denna teori som teoretisk

referensram till denna studie. Att vara empatisk till andra människor är en av de grundläggande principer enligt Carl Rogers kommunikationsteori där det innebär att man skapar goda relationer till människor, att man accepterar andra människors beteende och erfarenheter (Rogers, 2003). Detta överensstämmer med den aktuella studiens resultat. Det framkom även att det krävdes tålamod av distriktssköterskorna att vänta ut förändringarna hos patienterna då dessa kunde ta tid att genomföra. Det kunde ibland leda till att distriktssköterskorna kände frustration och ville ta över det som patienterna själva skulle göra för den hälsofrämjande förändringen. Östlund et al. (2014) påtalar i sin studie vikten av att distriktssköterskorna lär sig ta ett steg tillbaka vid användandet av MI-metoden, detta anses vara ett livslångt lärande. Holm Ivarsson (2014) beskriver att MI-metoden är en styrande metod där rådgivaren bör ha stor respekt för patientens egen takt att vilja förändras på dennes egna villkor.

I den aktuella studiens resultat framkom det att MI-metoden är användbar på olika nivåer vid olika möten med patienterna. Östlund et al. (2013) styrker detta i sin studie där de skriver att MI-metoden är användbar i många olika situationer som förändring vid livsstilsförändringar, blodtryckskontroller och vid telefonrådgivning. Då författarna till aktuell studie har erfarenhet av telefonrådgivning i sitt arbete på hälsocentral har funderingar funnits om ett samtal med MI-metoden underlättas om det genomförs via videolänk med patienten? Det belystes även att MI-metodens sammanfattningar var ett sätt att bekräfta att både patienten och distriktssköterskan uppfattat det som sagts så att inga missförstånd uppstått. Enligt Farbring (2014) används sammanfattningarna för att summera och belysa det som sagts, vilket även kan öka möjligheterna till att en förändring sker samt att det påtalar det positiva i en förändring som skett.

I studien framkom det även att en del distriktssköterskor upplevde inte alltid ett bra resultat av MI-metoden men de ansåg att om det hade hjälpt patienten till ett lite bättre liv så hade de ändå förbättrat en hel del för patienten. Brobeck et al. (2011) påtalar i sin studie att man inte skall se misslyckanden i arbetet med MI-metoden om patienterna får ett återfall utan detta skall ses som ett hinder att gå igenom. Holm Ivarsson (2014) skriver att misslyckanden är en naturlig del av processen i förändringen och skall istället ses ett positivt misslyckande som att patienten har tränat på en förändring och lärt sig av detta. Detta anser författarna till studien är av stor vikt att distriktssköterskorna har med sig i sitt arbete med MI-metoden för att känna att de ändå startat en förändringsprocess hos patienten.

I studien framkom det att reflektivt lyssnande gav distriktssköterskorna kännedom om patienten då de fick höra patienternas historia och bildade sig då en uppfattning hur patienterna skulle bemötas på ett professionellt förhållningssätt. I Carl Rogers kommunikationsteori påpekas vikten av att kunna lyssna igenkännande för att förstå deras tankar, erfarenheter och känslor. Miller och Rollnick (2013) skriver att reflektivt lyssnande som en av de grundläggande färdigheterna i MI-metoden. Det kräver stor koncentration på den som lyssnar till patientens berättelse för att förstå klientens uppfattning av situationen genom att reflekterar vad patienten sagt. Det påvisades även i resultatet vikten av att våga lämna pauser i samtalet för att få patienten att reflektera vad som sagts. Östlund et al. (2014) påpekar i sin studie att lära sig vara tyst är ett moment i MI-metoden.

### **8.2.3 Förutsättningar för att använda MI-metoden i verksamheten**

Distriktssköterskorna hade grundläggande utbildning i MI-metoden, dock uttryckte samtliga ett behov av repetition av utbildning för att kunna använda metoden mer. Van Eijk-Hustings, Daemen, Shaper och Vrijhoef (2010) belyser i sin studie att utbildning bör vara en fortlöpande process då personal som arbetar med MI-metoden själva genomgår en beteendeförändring. Östlund et al. (2013) menar i sin studie att användandet av MI-metoden främjas om distriktssköterskor har kunskap om användandet samt om det får förutsättningar från organisationen att använda metoden. Det framkom även i denna aktuella studie att det ibland saknades stöd från organisationen att använda MI-metoden. Roberts-Williams et al. (2014) studie visar att både personal och chefers benägenhet att använda MI-metoden påverkas av organisationens klimat, om det var ett positivt klimat fanns det ökad benägenhet att använda metoden. Brobeck et al. (2011) menar att de som arbetar med metoden måste arbeta med den medvetet för att inte återgå till traditionell rådgivning. Något som författarna till aktuell studie reflekterade över under studiens gång var att de som nyligen gått distriktssköterskeutbildningen upplevdes vara mer bekväma i att använda MI-metoden då de var skolade utifrån den medan de som gått utbildningen tidigare var skolade till traditionell rådgivning.

## 9 Slutsats

MI-metoden används framgångsrikt av distriktssköterskor dagligen i alla möten med patienter vid hälsofrämjande förändringar. MI-metoden skapar stora möjligheter att motivera patienterna till förändringar. Studien påvisar även att det finns behov för uppföljning av utbildning samt återkoppling mellan kollegor.

## 10 Kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat anser författarna att MI-metoden fungerar väl inom primärvården och att den kan anses vara ett bra stöd för distriktssköterskorna i deras arbete. Resultatet påvisar dock att det finns förbättringsområden när det gäller regelbunden repetition av utbildning samt uppföljning inom MI-metoden för att distriktssköterskorna skall kunna bibehålla sin kompetens och utvecklas i MI-metoden. Författarna förordar utifrån studiens resultat att regelbunden fortbildning och uppföljning skall prioriteras av organisationen för att kunskapen i användandet av MI-metoden skall bibehållas. För att få detta att fungera kanske någon form av mentorskap skulle finnas inom MI-metodens användande.

## 11 Förslag till vidare forskning

Då författarna till studien valde att utesluta de privatägda hälsocentralerna i det aktuella länet i sydöstra Sverige i studien anser vi att det skulle vara intressant att genomföra en studie på de privatägda hälsocentralerna i samma region för att jämföra om de har samma förutsättningar som landstingets hälsocentraler att använda MI-metoden samt om behovet av regelbunden fortbildning och uppföljning finns hos dem då vården skall bedrivas hälsofrämjande. Då aktuell studie har belyst distriktssköterskors erfarenheter av MI-metoden vid hälsofrämjande arbete inom primärvården anser författarna att det i framtida studier hade varit relevant att belysa erfarenheter av MI som metod inom samma landsting i sydöstra Sverige utifrån ett patientperspektiv.

## 12 Referenser

- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in healthpromotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24) 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60(3), 374–380. doi:10.1111/inr.12041
- Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, (16), 1039–1049. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori Och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 s.143–153). Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Hämtad 2018-10-10-03 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/komptensbeskrivningar-publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdf>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, KS. (2011). Person- centered care — ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. & Andersson, I. (2009). Folkhälsa -några begreppsdefinitioner. I G. Ejlertsson & I. Andersson (Red.), *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen* (1:3 s.24–25). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngnäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. doi:10.1111/j.1365-2468.2007.04569.x
- 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. doi:10.1177/0107408315569122
- Farbring, C.Å. (2014). *Handbok i motiverande samtal - MI: teori, praktik och implementering: samtalsguider, övningar, coachningsprotokoll* (2., rev. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Flocke, S., Kelly, R., & Highland, J. (2009). Initiation of health behavior discussions during primary care outpatient visits. *Patient education and Counseling*, 75(2), 214-219. doi:10.1016/j.pec.2008.09.008



Folkhälsomyndigheten. (2017). Folkhälsorapport 2017.(Artikelnummer16136). Hämtad 2018-10-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/>

Folkhälsomyndigheten. (2018) Introduktion till MI. Hämtad 2018-10-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/>

Folke, S. & Paulsson, G. (2010). Oral hälsa för välbefinnande. I L. R-M Hallberg (Red.), *Hälsa & livsstil Forskning & Praktiska tillämpningar* (71:3 s.65–65). Lund: Studentlitteratur.

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

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2.1 s. 411 – 420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2.1 s.111–117). Lund: Studentlitteratur.

Holm Ivarsson, B. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hong, W-H. S. (2010). Evidence-based nursing practice for health promotion in adults with hypertension: a literature review. *Asian nursing research*,4(4) 227-245. doi:10.1016/s 1976-1317 (11) 60007-8

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

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. doi:10.1111/scs.12045

International council of nurses. (2012). The ICN code of ethics for nurses. Hämtad 2018- 10- 03 från <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. Utg). Stockholm: Natur & Kultur.

Lindhe Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing. Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67(2), 102-109. doi:10.1177/0017896908089389

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:1 s. 219 – 234). Lund: Studentlitteratur.

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.

Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medecine*, (87), 60-67. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.019

Nymberg, P., & Drevernhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (30), s.349–355. doi:10.1111/scs.12254

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 s.25 – 41). Lund: Studentlitteratur.

Roberts-Williams, J., Puckett-Blais, M., Banks, D., Dusablon, T., Williams, W., & Hennessy, K. (2014). Predictors of the Decision to Adopt Motivational Interviewing in Community Health Setting. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(3), 294-307. doi:10.1007/s11414-013-9357-8

Rogers, C.R. & Dorfman, E. (2003). *Client-centered therapy: it's current practice, implications and theory*. ([Ny utg.]). London: Constable.

Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal: Professionalitet och medmänsklighet* (1:1). Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken- Etik för vårdande yrken* (1:6). Lund: Studentlitteratur.

Scrieven, A. (2013). *Ewles, & Simnet Hälsoarbete*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor-stöd för styrning och ledning. Hämtad 2018-10-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). Primärvårdens uppdrag en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Hämtad 2018-10-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/20-3-2.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2018-10-03 från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterkans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2018-10-03 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

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(1), 10-15. doi:10.1016/j.pec.2010.06016

Van Nes, M. & Sawatzky, J. A. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of American Academy of Nurse* 12, 654 – 660. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00561.x

Vetenskapsrådet.2017. God forskningsred. Hämtad 2018-10-03 från [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed/ VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed/ VR_2017.pdf)

World health organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hämtad 2018-10-03 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en>

World health organization. (2006). Constitution of the world health organization1. Hämtad 2018-10-03 från [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

Wärnå-Furu, C. (2017). Hälsa. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2:2 s.157–158). Lund: Studentlitteratur.

Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M-L. (2013). District nurses´and registered nurses´training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing*, (23) 2284-2294. doi:10.1111/jocn.12509

Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E. (2014). Motivational interviewing: Experience of primary care nurses trained the method. *Nurse education in Practice*, 15(2), 111-118. doi:10.1016/j.nepr.2014.11.005



## Bilaga A

### Informationsbrev till verksamhetschefer

Vi är två studenter som studerar till distriktssköterskor vid Linnéuniversitet i Kalmar. Vi har påbörjat vår magisteruppsats där syftet med studien är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att använda Motiverande samtal (MI) som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården.

Hälsofrämjande arbete är idag en stor del av primärvårdens arbete där man utgår från MI som metod. Därför är det av stor vikt att utforska hur detta arbete fungerar i verksamheten och om det behöver utvecklas. Av distriktssköterskornas erfarenheter kan studien bidra till ökade möjligheter för arbete med MI som metod vid hälsofrämjande arbete inom primärvården.

Vår avsikt är att genomföra intervjuer med 10 – 15 distriktssköterskor på olika hälsocentraler i sydöstra Sverige. Varje intervju beräknas ta 30 – 45 minuter och kommer att spelas in för att skrivas ner ordagrant efteråt. Resultatet kommer att presenteras anonymt i magisteruppsatsen och publiceras i DIVA, Linnéuniversitetets databas för examens- och uppsatsarbeten. Intervjumaterialet kommer att förvaras så att det förblir konfidentiellt.

Vår förhoppning är att du som verksamhetschef vill hjälpa oss att muntligt informera de distriktssköterskor inom din verksamhet som har använt MI inom hälsofrämjande arbete inom primärvården i minst ett år. Information kommer därefter lämnas till distriktssköterskorna som väljer att delta i studien. Vi kommer även att kontakta dem via mail för att boka tid och plats för intervjun. Distriktssköterskornas deltagande i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att motiveras varför och utan negativa konsekvenser för dem.

Har du några frågor kontakta någon av nedanstående:

Camilla Engström  
Distriktssköterskestudent  
Tel: 073-9759403  
e-post: ce222ri@student.lnu.se

Marie Jonsson  
Distriktssköterskestudent  
Tel: 070-3618877  
e-post: mj222mz@student.lnu.se

Kristina Schildmeijer  
Handledare, Lektor, Linnéuniversitetet  
Tel: 070-3093835  
e-post: kristina.schildmeijer@lnu.se



## Bilaga B

### Informationsbrev till deltagare

Du tillfrågas härmed om deltagande i studien *Hälsofrämjande arbete med MI som metod – Distriktssköterskors erfarenheter inom primärvården*.

Vi är två studenter som studerar till distriktssköterskor vid Linnéuniversitetet i Kalmar. Vi har påbörjat vår magisteruppsats där syftet med studien är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att använda Motiverande samtal (MI) som metod i sitt hälsofrämjande arbete inom primärvården.

Hälsofrämjande arbete är idag en stor del av primärvårdens arbete där man utgår från MI som metod. Därför är det av stor vikt att utforska hur detta arbete fungerar i verksamheten och om det behöver utvecklas. Av dina erfarenheter kan studien bidra till ökade möjligheter för arbete med MI som metod vid hälsofrämjande arbete inom primärvården.

Vår avsikt är att genomföra intervjuer med 10 – 15 distriktssköterskor på olika hälsocentraler i sydöstra Sverige. Varje intervju beräknas ta 30 – 45 minuter och kommer att spelas in för att skrivas ner ordagrant efteråt. Resultatet kommer att presenteras anonymt i magisteruppsatsen och publiceras i DIVA, Linnéuniversitetets databas för examens- och uppsatsarbeten. Intervjumaterialet kommer att förvaras så att det förblir konfidentiellt. Intervjumaterialet kommer att förstöras efter studien.

Vi kommer att kontakta dig via mail för att boka tid för en intervju på valfri plats. En etisk egengranskning har genomförts och blivit godkänd. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst, utan att motiveras varför och utan negativa konsekvenser för dig.

Har du några frågor kontakta någon av nedanstående:

Camilla Engström  
Distriktssköterskestudent  
Tel: 073–9759403  
e-post: ce222ri@student.lnu.se

Marie Jonsson  
Distriktssköterskestudent  
Tel: 070–3618877  
e-post: mj222mz@student.lnu.se

Kristina Schildmeijer  
Handledare, Lektor, Linnéuniversitetet  
Tel: 070–3093835  
e-post: kristina.schildmeijer@lnu.se



## Bilaga C

### Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen om studien: Hälsofrämjande arbete med MI som metod – Distriktssköterskors erfarenheter inom primärvården, fått tillfälle att ställa frågor, fått dem besvarade och samtyckt till deltagande.

Jag har även fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange orsak.

---

Underskrift av forskningsperson

---

Namnförtydligande, ort, datum

---

Underskrift av informationsgivare

---

Namnförtydligande, ort, datum



## Bilaga D

### Intervjuguide

Kön?

Ålder?

Antal år som distriktssköterska?

Hur länge har du arbetat i primärvården?

Arbetar du med någon specialistmottagning?

Hur vanligt är det att du träffar patienter där du kan använda MI som metod?

Kan du beskriva dina erfarenheter av MI exempelvis hinder och möjligheter? (hur? varför? vad påverkar detta?).

Vilka utmaningar upplever du att det finns i hälsofrämjande samtal vid MI?

Upplever du generationsskillnader/ könsskillnader hos patienter vid användning av MI?

Hur upplever du stöd (när det gäller tid, utbildning, prioritering, ekonomi, uppföljning, etc.) från organisationen/chefer och kollegor?

Vilken betydelse anser du att ditt hälsofrämjande samtal med MI har i mötet med patienten?

Vilket resultat upplever du att du ser efter användning MI?

### Följdfrågor

Vill du utveckla?

Kan du ge exempel?

Hur upplevde du det?

Önskar du tillägga något?

Har jag förstått dig rätt?

Intervjun avslutas med återkoppling och sammanfattning.



## Bilaga E



### Etisk egengranskning

Följande frågor har besvarats av sökande och godkänts av handledare.

		Ja	Kanske	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.			X
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (PUL- ansvarig).			X
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	X		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För Xstudier med minderåriga krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)		X	
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
12	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)	X		