



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT ARBETA MED MOTIVERANDE SAMTAL (MI)

HANNA JAAKKONEN
JUDIT LEDUNG

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Sjuksköterskeprogrammet 180 HP
Januari 2014

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT ARBETA MED MOTIVERANDE SAMTAL (MI)

HANNA JAAKKONEN
JUDIT LEDUNG

Jaakkonen H & Ledung J. Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal (MI). *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för Hälsa och Samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2014.

MI är en samtalsmetod som bygger på ett samarbete mellan vårdgivare och patient och används främst vid livsstilsförändringar. Rådgivarens roll är att hjälpa patienten hitta motivation till en förändring men det är patienten själv som hittar lösningar till sina problem. Hälsofrämjande arbete är en del av sjuksköterskans uppgifter och MI är en metod för att hjälpa människor att ändra sin livsstil. Forskningen visade på blandade resultat vad det gäller effekten av MI men inte så mycket forskning påträffades om hur sjuksköterskor tycker det är att använda sig av MI. Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med MI. En intervjustudie med sju semistrukturerade intervjuer gjordes. Dessa transkriberades och analyserades och resulterade i fem huvudkategorier; värdegrund i arbetet med MI, förenklande och försvårande delar med MI som metod, hinder och möjligheter, erfarenheter av patienters upplevelser och träning krävs för att upprätthålla nytt förhållningssätt. De viktigaste fynden var att MI är ett verktyg som underlättar sjuksköterskans arbete men att det är en metod som inte passar i alla situationer. Informanterna upplevde att MI är en bra metod men det krävs kontinuerlig träning och vidareutbildning för att kunna upprätthålla det arbetssätt som MI innebär.

Nyckelord: kommunikation, livsstilsförändringar, motiverande samtal, sjuksköterskor, upplevelser,

NURSE´S EXPERIENCES OF WORKING WITH MOTIVATIONAL INTERVIEWING (MI)

HANNA JAAKKONEN
JUDIT LEDUNG

Jaakkonen H & Ledung J. Nurse´s experiences of working with motivational interviewing (MI). *Thesis in Nursing Science 15 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Sciences, 2014.

MI is a method in conversation built on cooperation between the caregiver and the patient and is most commonly used in lifestyle changes. The caregiver´s role is to help the patient find motivation for a change but it is the patient who finds the solutions to the problems. Health promoting work is one of the tasks in nursing and MI is a good method to help people change their lifestyles. Research shows mixed results on the effects of MI but not much research was found that illuminates nurse´s experiences of working with MI. The aim of the study was to describe nurse´s experiences of working with MI. An interview study with seven semi-structured interviews was conducted. These were transcribed and analyzed and led to five main categories; fundamental parts in the work with MI, facilitating and difficult parts with the MI method, obstacles and possibilities, experiences of the impact on patients and practice is required to maintain new approach. The most important findings were that MI is a tool that facilitates the nurse´s work but it is a method that is not suitable in every situation. The participants experienced that MI is a good method but it requires continuous training and further education to maintain the MI way of working.

Keywords: Communication, experiences, lifestyle changes, motivational interviewing, nurses.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Hälsofrämjande arbete	5
Livsstilsproblem	5
Motiverande samtal som teoretisk grund	6
Tidigare forskning inom MI	8
Vårdpersonals arbete med MI	8
SYFTE	9
METOD	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	12
RESULTAT	13
Värdegrund i arbetet med MI	14
Autonomi	14
Delaktighet	14
Förenklade och försvårade delar med MI som metod	14
Metod som förenklar	14
Svårigheter att arbeta med metoden	14
Metod som är svår att strikt följa	15
Hinder och möjligheter	15
Underlättande faktorer	15
Försvårande faktorer	15
Utmanande faktorer	15
Erfarenheter av patienters upplevelser	16
Hållbar tankeprocess startas	16
Känslor & reaktioner	16
Träning krävs för att upprätthålla nytt förhållningssätt	16
Metod som kräver kontinuerlig vidareutbildning	16
Yrkets utveckling kräver anpassning	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Urval	17
Datainsamling	18
Dataanalys	19
Trovärdighet	19
Resultatdiskussion	20
SLUTSATS	22
REFERENSER	23
BILAGA 1 – Informationsblad	26
BILAGA 2 – Samtyckesblankett	27

BILAGA 3 – Intervjuguide	28
BILAGA 4 – Resultat med analysförfarande	29

INLEDNING

Under termin fyra i sjuksköterskeutbildningen kom vi för första gången i kontakt med MI. Den bild vi fick av MI då var något nytt och spännande, ett sätt att bemöta patienter som var nytänkande. Det verkade vara ett användbart verktyg när man skulle motivera patienter till en förändring och ett roligt och stimulerande sätt att arbeta på. Eftersom vi trodde på metoden i teorin blev vi nyfikna på hur det är att arbeta med MI i praktiken. På den vägen växte idéerna till denna studie fram. Därför ville vi undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med MI.

BAKGRUND

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som bygger på ett samarbete mellan vårdgivare och patient, att motivationen hos patienten ska lockas fram och att patienten själv ska bestämma över sitt liv och vilka förändringar denne vill göra (Miller & Rollnick, 2010). Tidigare forskning har visat att MI har en god effekt vid olika livsstilsförändringar (Brodie, 2005; Heckman m fl, 2010; Lundahl m fl, 2010; Kazemi m fl, 2013). Sjukdomar som påverkas av livsstilsfaktorer ökar ständigt i Sverige (Socialstyrelsen, 2009) och sjuksköterskan har en viktig roll att morverka detta genom sitt hälsofrämjande arbete (Socialstyrelsen, 2005). MI är en metod för att möta detta krav och hjälpa fler människor att förändra sin livsstil (Holm Ivarsson, 2007).

Hälsofrämjande arbete

WHO (1986) beskriver hälsofrämjande som ”processer för att möjliggöra för människor att förbättra och öka kontrollen över sin hälsa”. Empowerment, jämlikhet, samarbete, delaktighet i samhället, självbestämmande, ömsesidigt hjälpanande och delat ansvar är viktiga delar i hälsofrämjande arbete (a a). Hedelin (2009) skriver att möjligheter för sjuksköterskan att arbeta hälsofrämjande finns i de dagliga mötena med patienter. Hur sjuksköterskan bemöter en patient kan påverka denne i flera olika riktningar. Patienten kan känna sig stärkt till förändring eller också kan bemötandet ha en motsatt effekt och patienten kan känna sig hindrad att förändra ett beteende. Meningen med det hälsofrämjande samtalet är att skapa motivation till förändring och få förståelse för patientens uppfattning av sin situation och hälsa. Fokus ligger alltså inte på sjukdom och diagnos (a a). Att arbeta hälsofrämjande innebär ett jämlikt förhållande mellan sjuksköterska och patient där de resurser som finns hos patienten stärks genom samarbete (Hedelin, 2009; Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Livsstilsproblem

Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009) visar som exempel på livsstilsproblem att matvanorna i Sverige har försämrats sedan 1980 och att övervikt och fetma de senaste 20 åren har ökat. Hälften av alla män och en tredjedel av alla kvinnor är överviktiga eller har fetma. Fetma ökar risken för höga blodfetter och kan leda till hjärt- och kärlsjukdomar. Folkhälsorapporten visar även att trots att rökningen har minskat i Sverige de senaste decennierna så är det fortfarande 18 % av kvinnor och 14 % av män som röker. Detta är en riskfaktor för lungcancer, andra lungsjukdomar och hjärt- kärlsjukdomar. Även alkoholkonsumtionen har ökat och

detta ökar fallen av olyckor, skador och våld samt kan leda till depression och leverskador (Socialstyrelsen, 2009).

Sjuksköterskan har en viktig roll i att arbeta hälsofrämjande (socialstyrelsen, 2006), enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan arbeta hälsofrämjande genom att förebygga hälsorisker och motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt att undervisa och stödja patienter. Detta nämns också av ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) vars ena grundprincip handlar om att främja hälsa.

Motiverande samtal som teoretisk grund

Fossum (2007a) beskriver att i begreppet kommunikation ingår verbala uttryck, kroppsspråk och det underförstådda, som sägs mellan raderna. Känslor och uppfattningar som vårdgivare har om en patient återspeglas ofta i bemötandet som är ett abstrakt och svårt begrepp att klargöra. Bemötande handlar om vänlighet, hjälpsamhet, människosyn, information, respekt, engagemang, behandling, etc. Alltså har begreppet många olika innebörder. Patienterna tycker ofta att detta bemötande är en förutsättning för att det ska bli ett givande möte över huvud taget. Möten i vården handlar således om hur en patient upplever ett samtal (a a).

MI är en samtalsmetod som utformades av psykologerna William R. Miller & Stephen Rollnick under 1980-talet. Metoden användes i början främst inom missbruksvården men har på senare tid fått en bredare användning t ex inom hälsofrämjande omvårdnad (Holm Ivarsson, 2007). I de nationella riktlinjerna för narkotikamissbruk och beroende (Socialstyrelsen, 2007) står att MI är effektivt som behandling och då framför allt vid opiatmissbruk.

De grundläggande begreppen inom MI är samarbete, framkallning och autonomi. Med samarbete menas att kommunikationen sker genom en relation som är på båda parter villkor. Rådgivaren undviker att vara auktoritär och försöker istället skapa en atmosfär som inte är tvingande men som främjar en förändringsprocess (Miller & Rollnick, 2010). Även Fossum (2007a) definierar kommunikation som ett ömsesidigt utbyte, något som delas av parterna eller något som blir gemensamt. Miller & Rollnick (2010) skriver vidare att framkallning innebär att rådgivaren inte försöker förmedla kunskap utan istället lockar fram egenskaper och motivation ur patienten. Autonomi handlar om att ansvaret för förändring ligger hos patienten. Det är patientens eget val att antingen ta emot eller avstå rådgivning. För att motivationen ska komma inifrån patienten och inte påtvingas utifrån behövs autonomi (a a). Även Arborelius (1996) belyser vikten av inre motivation, att människor har ett inre behov av att själva bestämma hur de ska handskas med sin tillvaro. När en människa bestämmer själv kommer motivationen inifrån. Då engagerar sig personen i en förändring, inte för att någon annan säger det, utan för att personen själv tycker att det är viktigt (a a).

De fyra principerna som man arbetar efter inom MI är;

- Visa empati genom att reflektivt lyssna och försöka förstå patientens känslor och perspektiv. Att inte döma eller kritisera och att acceptera att ambivalens är en normal del av en förändringsprocess.
- Utveckla diskrepans genom att patienten själv hittar skillnader mellan det nuvarande beteendet och det önskvärda beteendet. Patienten får själv hitta för- och nackdelar med förändring och sätta upp egna mål.

- Rulla med motstånd innebär att sjuksköterskan inte ska bekämpa eventuellt motstånd hos patienten men man inbjuder till nya perspektiv utan att påtvinga.
- Stödja självkompetens vilket betyder att patientens tro på sig själv är en viktig faktor till motivation (Miller & Rollnick, 2010).

Ett motsatt arbetssätt till MI är att konfrontera och utbilda patienten samt att vara auktoritär, detta arbetssätt förutsätter att det är rådgivaren som har kunskapen och säger till patienten vad denne ska göra (Miller & Rollnick, 2010). Även Fossum (2007b) beskriver detta arbetssätt som asymmetrisk kommunikation vilket betyder att sättet att tala är ensidigt. En person talar aktivt och en person lyssnar passivt. Som vårdgivare kan man tro att patienten förväntar sig ett asymmetriskt förhållande pga av vårdgivarens kompetens, utbildning och erfarenhet. Förmodligen är många vårdsamtal asymmetriska. Men det har visat sig att denna typ av samtal inte är effektivt. Vårdtagaren känner sig inte delaktig, förstår inte allt och kan sluta lyssna (a a).

Miller & Rollnick (2010) skriver att rådgivaren i ett MI-samtal behöver ha en tro på att förändring och tillgång på resurser finns hos patienten. MI handlar mer om ett sätt att vara med människor än en teknik för att genomföra rådgivning. Enligt Holm Ivarsson (2007) är MI ett förhållningssätt. Sättet att se på patienten fokuserar på att patienten är expert på sig själv, har ansvar över sitt liv och kan hitta de bästa lösningarna på sina problem. Även Fossum (2007b) skriver om vikten av att fokusera på patientens upplevelser. Detta beskrivs vidare i patientcenteringsmodellen som strävar efter ett symmetriskt eller ömsesidigt sätt att samtala. För att uppnå en ömsesidighet och gemensamma beslut, vårdtagare och patient emellan, bör man ta reda på patientens upplevelse, tankar och känslor. Patienten bör också få tillfälle att förstå vårdarens uppfattning. Detta skapar en god relation och väldefinierade roller. Detta behövs för att kunna sätta upp mål och en plan för att nå dem (a a).

När rådgivaren har ett MI-samtal använder sig denne av vissa tekniker;

- Bekräftelse. Rådgivaren bekräftar patienten genom att uttrycka att denne uppskattar patientens styrkor och ansträngningar.
- Öppna frågor. Öppna frågor inbjuder patienten att berätta om det som denne tycker är viktigt och rådgivaren visar sitt intresse.
- Reflektioner. Rådgivaren återspeglar det patienten berättat. Detta kan rådgivaren göra genom enkla reflektioner vilket innebär att exakt det som sägs återspeglas, eller med komplexa reflektioner vilket innebär att rådgivaren återspeglar känslan eller innebörden av det patienten sagt. Genom att reflektera visar rådgivaren att denna har lyssnat på patienten och uppmuntrar patienten att utveckla det som reflekterats över. Genom reflektioner kan rådgivaren också styra samtalet. Denne kan välja vad han/hon reflekterar över och på så sätt få patienten att prata mer om just detta.
- Sammanfattning. Sammanfattningar gör rådgivaren för att klargöra något som sagts, för att byta fokus eller för att avsluta samtalet. Här kan rådgivaren återigen betona det som denne tycker är viktigt i samtalet (Miller & Rollnick, 2010).

Tidigare forskning inom MI

Tidigare studier har visat att MI har en god effekt vid olika livsstilsförändringar. Brodie (2005) fann i sin studie att en intervention med MI med fokus på fysisk aktivitet hos äldre hjärtsviktpatienter gav ett bättre resultat än en mer informativ intervention. Van Nes & Sawatzky (2010) gjorde en review-studie för att undersöka om kardiovaskulär hälsa kan förbättras med MI, resultatet visade att MI är mer effektivt för att motivera patienter till förändring än traditionell rådgivning. Även vid alkohol har MI effekt, Kazemi m fl (2013) fann i sin studie att studenter minskade sin alkoholkonsumtion och den tid som lades på att dricka alkohol minskade med hjälp av MI. Heckman m fl (2010) visade i sin studie att MI har effekt även vid rökavvänjning genom en ökad återhållsamhet och att den effekten höll i sig över tid. Vidare skriver Lundahl m fl (2010) i sin metaanalys att MI generellt är en bra metod för att motivera patienter till en livsstilsförändring. Det fungerar på personer med både lite och mycket stressfaktorer i sitt liv och ger en effekt som håller länge.

Enligt nationella riktlinjer för diabetesvård (Socialstyrelsen, 2011) bör inte MI användas vid samtal med patienter med diabetes i syfte att förbättra glukoskontrollen. Forskningen visade på blandade resultat av effekten utav MI vid diabetes. Enligt Heinrich m fl (2010) hade MI inga eller dåliga effekter på tex frukt- och gröntintag, HbA1c, vikt, blodtryck, kolesterol och livskvalitet. Chen m fl (2012) visade däremot att MI hade en positiv effekt på livskvalitet och HbA1c. Flera studier (Chen m fl, 2012; Heinrich m fl, 2010; Rubak m fl, 2009) visade på att MI ger en positiv effekt på känsla av kunskap om sin diabetes. I en review-studie av Hunt (2011) framkom att MI fungerar bäst i diabetesvården då det är riktat mot en specifik beteendeförändring som t ex viktnedgång.

Vårdpersonals arbete med MI

Forskning visade på att vårdpersonal tyckte att MI var en bra metod men att den var svår att tillämpa i praktiken. MI ansågs vara tidskrävande, miljön var inte alltid tillåtande och det var svårt att implementera ett nytt tankesätt (Cronk m fl, 2012). Sjuksköterskan anpassade användandet av MI beroende på hur villiga patienterna var att ändra ett beteende (Noordman m fl, 2013). Det kunde också bero på graden av utbildning och träning sjuksköterskan hade fått i metoden, ju mer träning sjuksköterskan hade fått, ju lättare hade denne att tillämpa metoden (Brobeck m fl, 2011). I Herie m fl (2012) hade deltagarna gått en utbildning och uppgav att de arbetade med MI. I studien fick de en tvådagars vidareutbildning i MI, efter ytterligare träning kände de flesta sig mer säkra på metoden.

Både Österlund Efraimsson m fl (2011) och El-Mallakh m fl (2012) använde i sina studier MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity Scale) för att undersöka hur väl sjuksköterskor använder sig av MI i praktiken. MITI är ett kodningsinstrument som mäter hur väl utföraren använder MI och fokuserar på verbal kommunikation (Österlund Efraimsson m fl, 2011). I Österlund Efraimsson m fl (2011) studie självrappporterade deltagarna att de hade gått en MI-utbildning, men vilken typ av utbildning det var och när de fick den nämndes inte. Studien visade på att deltagarna inte i någon större utsträckning använde sig av MI. I El-Mallakh m fl (2012) fick deltagarna utbildning i MI i samband med studien. Utvärdering av användandet av metoden skedde inom sex månader efter utbildningstillfället och visade på att deltagarna använde sig väl av MI.

Det finns gott om studier som belyser effekten av MI vid olika livsstilsförändringar, både negativa och positiva (Brodie, 2005; Chen m fl, 2012; Heckman m fl, 2010; Heinrich m fl, 2010; Hunt, 2011; Kazemi m fl, 2013; Lundahl, 2010; Rubak m fl, 2009; Van Nes & Sawatsky, 2010). Det finns även studier som belyser hur väl sjuksköterskor använder sig av MI (El-Mallakh m fl, 2012; Österlund Efraimsson m fl, 2011). När det kommer till sjuksköterskans användande av MI fann Cronk m fl (2012) och Brobeck m fl (2011) att MI är ett, för sjuksköterskor, användbart och berikande verktyg men en utmaning att använda i praktiken. Få studier finns alltså i nuläget, som författarna är medvetna om, som är gjorda om sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med MI.

SYFTE

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med motiverande samtal. För att få svar på syftet hade författarna följande frågeställningar;

- Finns det situationer där MI är svårare eller lättare att arbeta utefter?
- Vilka för- och nackdelar kan sjuksköterskan se med metoden?
- Hur upplever sjuksköterskan effekten av MI?

METOD

En kvalitativ forskningsansats valdes då den passade studiens syfte väl. Kvalitativ forskning syftar till att förstå människans perspektiv kring upplevelser, erfarenheter, känslor och attityder i olika situationer och sammanhang (Kvale & Brinkmann, 2009).

Genom kvalitativa metoder ges berättande data och beskrivningar av ett fenomen eller en situation (Olsson & Sörensen, 2011). Forskaren går in i forskningen utan förutsättningar och vill få en så komplett bild och helhetsförståelse av en situation som möjligt. Forskaren står nära forskningsfrågan och deltar själv i insamling av data. Resultatet har fokus på speciella situationer och sammanhang och grundar sig ofta i ett mindre antal individer (a a).

Urval

Inklusionskriterier för studien var sjuksköterskor, som även kunde vara distriktssköterskor, i Malmö och Lund, som hade gått en utbildning i MI och hade arbetat med metoden i minst sex månader. Kravet om utbildning och erfarenhet av MI var självrapporterad av informanterna och kontrollerades inte av författarna. Studien hade som mål att få 10 informanter som underlag till resultatet.

Att informanterna skulle ha gått en MI-utbildning och arbeta med MI gjorde att författarna vände sig till vårdcentraler i Malmö, där sjuksköterskor i stor utsträckning arbetar med livsstilsförändringar genom t ex rökavvänjning, hypertoniomtagning, fysisk aktivitet på recept, astma- och KOL-mottagning, diabetesmottagning och andra hälsosamtal. Detta för att kunna få väsentlig data som kunde representera syftet och svara på frågeställningarna.

Verksamhetscheferna för varje verksamhet kontaktades först. De fick först muntlig information om studien och gav ett muntligt samtycke. Sedan fick de, via mail, ett informationsblad (se bilaga 1) om studien och en tillståndsblankett som

de skrev under och returnerade antingen via mail eller post. Informanterna kontaktades på samma vis, de fick först muntlig information om studien och gav ett muntligt samtycke. Efter det fick de ett informationsblad via mail och gav i samband med intervjun ett skriftligt samtycke (se bilaga 2). I samband med den muntliga informationen fick informanterna själva välja plats för intervjun.

Urval skedde delvis genom snöbollsmetoden som innebär att de första informanterna tipsar om andra personer som kan tänkas ingå i studien (Polit & Beck, 2006). En av författarna visste, efter praktik på en vårdcentral, att en sjuksköterska där arbetade med MI. Denna sjuksköterska kontaktades och tillfrågades om deltagande i studien och tackade ja. Därefter gav sjuksköterskan tips på tre andra vårdcentraler där hon trodde att det fanns personal som arbetade med MI. Verksamhetscheferna för dessa tre vårdcentraler kontaktades och en tackade ja till att delta. Två sjuksköterskor från den vårdcentralen tillfrågades och deltog i studien. Sjuksköterskan tipsade även om en annan verksamhet inom Skånes Universitetssjukhus som arbetar aktivt med livsstilsförändringar, använder sig utav MI och har egna utbildningar i MI. Verksamhetschefen för denna verksamhet kontaktades och gav sitt tillåtande att utföra studien. Tre sjuksköterskor tillfrågades och alla tre valde att delta i studien.

För att nå så många som möjligt kontaktades även en lärare på skolan som blev en gatekeeper. En gatekeeper är en person som kan förse forskarna med för studien viktig information (Polit & Beck, 2006), i detta fall underlättade gatekeepern kontaktsökandet efter informanterna. Detta genom en lista med direktnummer till personal på en del vårdcentraler i Malmö. Alla vårdcentraler på denna lista kontaktades per telefon eller mail angående om det fanns personal på vårdcentralen som arbetade med MI eller inte. Vissa chefer gav sitt tillåtande att utföra studien och gav tips på sjuksköterskor att kontakta.

På listan med direktnummer som gavs av gatekeepern fanns 23 vårdcentraler. Två av dessa kontaktades inte på inrådan av gatekeepern eftersom denne visste att MI inte användes på dessa vårdcentraler. En vårdcentral fanns inte längre. Tre vårdcentraler hade redan kontaktats genom snöbollsmetoden. De 17 resterande vårdcentralerna kontaktades via mail eller telefon. Av dessa tackade en vårdcentral ja, sex stycken sa nej, en uppgav att ingen sjuksköterska använde sig av MI och åtta stycken svarade ej, efter minst en påminnelse. Detta besvarades av verksamhetscheferna. På den vårdcentral där chefen gav sitt tillstånd, gav denne tips om en sjuksköterska som kontaktades, och valde att delta.

Totalt deltog sju sjuksköterskor i studien, varav en var distriktssköterska.

Datainsamling

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck, 2006) som innebär att intervjuaren utgår från en intervjuguide där alla delar i guiden under intervjun ska täckas upp. Intervjuarens roll är sedan att uppmuntra informanterna till att prata fritt kring dessa frågor (a a). Författarnas intervjuguide (se bilaga 3) inspirerades av Kvale och Brinkmann (2009) och bestod av frågor som skulle täckas in i intervjuerna och som formulerades med utgångspunkt i studiens syfte och frågeställningar. Ordningsföljden kunde variera mellan intervjuerna och intervjuaren kände in hur noggrant guiden skulle följas och vilka frågor som behövde följas upp (Kvale & Brinkmann, 2009). Frågorna hade en viss grad av strukturering då de var formulerade på ett sätt som gjorde att de förstods på ett liknande vis av informanterna (Olsson & Sörensen, 2011). Båda författarna närvarade vid varje intervjutillfälle, en av författarna hade en mer aktiv roll under

intervjun och ställde frågorna. Den andra författaren hade en iakttagande roll. Dessa roller växlade efter varje intervju. Intervjuerna spelades in som ljudfiler på två mobiltelefoner, och varade mellan 12 och 22 minuter. Alla intervjuer gjordes på informanternas arbetsplatser.

Först gjordes en pilotintervju med en MI-lärare från skolan för att prova intervjuguiden. Denne tyckte att guiden var bra men att det eventuellt var något många frågor. Ytterligare en pilotintervju gjordes med en utvald informant. Författarna valde då att ha med alla frågor från intervjuguiden för att undersöka hur denne upplevde frågorna. Informanten kunde besvara frågorna väl och kunde svara på syftet genom de frågorna. Därför gjordes inga ändringar i intervjuguiden och intervjun inkluderades i studien.

Intervjuerna började med ett antal inledande frågor (Kvale & Brinkmann, 2009) om hur länge informanterna hade arbetat som sjuksköterskor, när de först kom i kontakt med MI samt vilken utbildning de hade fått i MI. Efter det följde direkta frågor kring arbetet med metoden, vilka nackdelar och fördelar det fanns med metoden etc. Under intervjuens gång kom intervjuaren med uppföljningsfrågor i syfte att uppmuntra informanterna till att fortsätta sin beskrivning och sonderade frågor för att få en mer ingående beskrivning av det som sades. Även tolkande frågor användes i vissa situationer för att klargöra att intervjuaren hade uppfattat informantens svar på rätt sätt (Kvale & Brinkmann, 2009). Efter varje intervju fick den iakttagande författaren ställa följdfrågor som hade dykt upp hos denne under intervjuens gång.

Intervjuerna transkriberades och kodades till ett intervjunummer med siffrorna 1-7 så att intervjunumret inte kunde härledas till varje enskild informant. Transkriptionen utfördes av den författare som hade haft en aktiv roll under intervjun.

Dataanalys

Innehållsanalys användes för att analysera materialet och utgick från en induktiv ansats, vilket innebär att forskaren gör en förutsättningslös analys av texterna som baseras på sjuksköterskors berättelser om sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). När meningsenheter togs ut för analys exkluderades ord som inte hade betydelse för meningens innehåll, t ex liksom, alltså, eh, typ osv. Då längre meningsenheter förekom exkluderades sådant som redan hade sagts eller inte tillförde något till materialet. Ett exempel på detta är denna mening ”De kan de ju absolut säga, och säga att de har den insikten men /.../ sen kanske det inte händer något men på något sätt så bearbetar de väl det och slutar de inte röka nu den här gången så kanske de nästa år lyckas bättre”. Det som exkluderades i denna mening markerades med /.../ och var följande ”sen, sen är det ju en annan”.

Först togs meningsenheter ut ur texten genom att markera med överstrykningspennor i olika färger beroende på vilken domän författaren tyckte att meningen tillhörde. Domäner är delar av en text som belyser samma område som t ex frågor i en intervjuguide (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). En meningsenhet är en mening eller ett stycke i en text som hör ihop genom sitt innehåll och sin betydelse (a a). Det var viktigt att ta ut lagom stora meningsenheter. En för stor meningsenhet kunde innehålla olika innebörder och en för liten meningsenhet kunde göra att resultatet blev för uppdelat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Efter detta kondenserades meningsenheterna vilket innebär att förkorta meningen utan att det väsentliga innehållet går förlorat. Den

kondenserade meningsenheten abstraherades till en kod som med några få ord sammanfattade den kondenserade meningsenheten på ett tolkande vis (a a).

Tabell 1. Exempel på kondensering och kodning av en meningsenhet.

<i>Meningsenhet</i>	<i>Kondenserad meningsenhet</i>	<i>Kod</i>
Men jag är ingen fundamentalist, som jag sa innan, jag tycker att bara MI, nej. Blanda ihop det med lite grann utav dina erfarenheter och dina verktyg, lite sunt förnuft och lite människokärlek och vilja, så går det fram.	Jag tycker att inte bara MI räcker. Blanda ihop det med erfarenhet, andra verktyg och sunt förnuft	Kombinera MI med annat

Underkategorier växte fram genom att koder med liknande innehåll hörde ihop. Underkategorier med likartat innehåll bildade sedan kategorier. Innehållet i en kategori fick endast passa i en kategori och skulle vara olikt det i andra kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Intervjuerna analyserades en i taget av författarna var för sig. Resultaten av varje enskild intervju jämfördes och diskuterades till konsensus nåddes. Efter detta kontaktades slumpvis (genom lottdragning) tre stycken informanter per telefon för att verifiera att författarna tolkat informationen rätt. Genom denna respondentvalidering (Polit & Beck, 2006) tillfrågades informanterna huruvida de underkategorier och kategorier som författarna funnit stämde överens med vad de hade berättat om. Sen plockade författarna var för sig ut viktiga meningsenheter (inklusive kondensering och kod) ur varje intervjuanalys och sammanförde detta till ett resultat. Detta resultat jämfördes och diskuterades författarna emellan och ett slutgiltigt resultat uppstod. Hela analysförfarandet och det fullständiga resultatet presenteras i bilaga 4.

Etiska överväganden

Tillstånd att genomföra examensarbetet söktes hos Malmö Högskola i samband med etikseminariet och godkändes. Det informationsblad som informanterna fick efter att de hade gett muntligt samtycke till deltagande i studien innehöll en tydlig beskrivning av studien; att medverka i studien var frivillig, att informanterna när som helst hade rätt att dra sig ur och att alla uppgifter som berörde informanterna och allt som sades under intervjun behandlades konfidentiellt (NNF, 2003). I samband med det muntliga samtycket valde informanterna själva plats för den kommande intervjun, detta för att skapa en så bekväm situation som möjligt för informanterna.

I resultatet avidentifierades deltagarna och benämndes som intervju 1-7, utan inbördes ordning (NNF, 2003). Endast författarna kände till informanternas identiteter och inga utomstående hade tillgång till materialet, på så sätt behölls sekretessen. Materialet fanns sparad på USB och i pappersform, inlåst. Efter studiens slut förstördes allt material som kunde härledas till informanterna i en dokumentförstörare och allt material som fanns på USB och mobiltelefon

raderades (NNF, 2003). Citat neutraliserades i möjligaste mån, från talspråk till skrivspråk, så att det inte gick att härleda till en specifik person.

En fördel för informanterna kunde vara att de högt fick uttrycka tankar kring sitt arbete med metoden, vilket i sin tur kan ha gjort att de såg på sitt arbete med nya ögon. En nackdel för informanterna kan ha varit att den tid som avsattes för intervjun kan ha bidragit till ytterligare stress i en redan stressad arbetsdag. Informanterna var informerade om längden på intervjun och hade ändå valt att tacka ja. Området motiverande samtal i sig ansågs inte som ett känsligt ämne för deltagarna att diskutera eftersom det handlar om dagliga arbetsuppgifter. Att båda författarna var med under intervjuerna, kan ha gjort att informanterna möjligtvis känt sig obekväma i intervjusituationen. Därför tog en av författarna en mer aktiv roll under intervjun, medan den andra iakttog och lyssnade.

RESULTAT

Deltagarna i studien var alla kvinnor, sex av dem var sjuksköterskor och en var distriktssköterska. Sex av informanterna hade arbetat som sjuksköterskor mellan 6 och 37 år med en median på 14,5 år. De hade arbetat med MI mellan ett till 15 år med en median på 4,5 år. Fyra av deltagarna arbetade på vårdcentraler och de andra tre arbetade på en annan verksamhet för livsstilsförändringar. Fyra av informanterna jobbade framför allt med rökavvänjning, de övriga arbetade även med andra livsstilsförändringar som fysisk aktivitet, alkohol, kost, diabetes och mediciner. De flesta av deltagarna fick ungefär tre dagars utbildning i MI som innehöll både teori och praktiska övningar. Majoriteten tyckte att innehållet i utbildningen var bra just då.

Nedan presenteras de kategorier och underkategorier som utgör resultatet i denna studie.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier i resultatet.

<i>Kategorier</i>	<i>Underkategorier</i>
Värdegrund i arbetet med MI	Autonomi Delaktighet
Förenklande och försvårande delar med MI som metod	Metod som förenklar Svårigheter att arbeta med metoden Metod som är svår att strikt följa
Hinder och möjligheter	Underlättande faktorer Försvårande faktorer Utmanande faktorer
Erfarenheter av patienters upplevelser	Hållbar tankeprocess startas Känslor och reaktioner
Träning krävs för att upprätthålla nytt förhållningssätt	Metod som kräver kontinuerlig vidareutbildning Yrkets utveckling kräver anpassning

Värdegrund i arbetet med MI

Informanterna nämnde att MI kräver av rådgivaren att ta ett steg tillbaka, vänta in patienten och låta denne komma till tals. Patientens autonomi och delaktighet är värdegrunden i arbetet och går inte att undvika om sjuksköterskan ska arbeta efter MI.

Autonomi

Majoriteten av informanterna belyste att de som rådgivare inte tvingade på någon en uppfattning om vad som borde göras. Istället lyftes patientens egen kunskap om sitt liv och förmåga att ta sina egna beslut fram.

”Själva grundsynen inom MI, att man tror att patienten själv har förmåga att lösa många av problemen och att man inte ska bemästra patienten, att läxa upp patienten. Den grundsynen tror jag egentligen aldrig är negativ.”
(Intervju 2)

Delaktighet

Flertalet informanter nämnde delaktighet som en viktig del i arbetet med MI, att det är en fördel att lägga över ansvaret på patienten och att samarbeta med patienten för bästa resultat.

”Man gör patienten mer delaktig, /.../ lägga över ansvaret på patienten och det är väldigt bra när det handlar om de här livsstilssjukdomarna och levnadsvanorna, det är väl det som är den stora fördelen.” (Intervju 6)

Förenklade och försvårade delar med MI som metod

Majoriteten av informanterna kunde se både för- och nackdelar med MI som en metod. De lyfte fram att MI är en metod som både förenklar arbetet men att det finns vissa saker som försvårar implementeringen av MI. Många av informanterna tryckte också på att användning av endast MI inte var fördelaktigt, men att det däremot var bra att kombinera med andra metoder.

Metod som förenklar

De flesta av informanterna tyckte att MI var en metod som förenklade deras arbete. De flesta uttryckte att det var ett bra verktyg för att t ex öppna för samtal och för att fånga struktur. De uttryckte vidare att det var ett nytt sätt att tänka och att bemöta patienter som det fanns fördelar med.

”Men det är ju lättare att bedriva ett samtal om man använder sig av MI oftast ju för man öppnar upp, patienten får prata själv det är ju inte jag som sitter här och säger; du ska göra det eller du ska göra det, eller det här är rätt och det här är fel.” (Intervju 6)

”Det är ju ett sätt att vara, ett sätt att tänka och ett sätt att arbeta på och det är ju fördelar med det, helt klart.” (Intervju 3)

Svårigheter att arbeta med metoden

Många av informanterna tyckte att det fanns vissa svårigheter med att implementera metoden. Svårigheter att invänta patienten nämndes, och även att det var tidskrävande. Eftersom MI ju är en sorts struktur nämndes också att detta kunde vara en svårighet.

”Man är ju rätt så begränsad i sitt arbetssätt om man ska jobba renodlad MI. Det är ju ändå en struktur och det är ju inte alltid att ramar är lösningen på allt.” (Intervju 5)

”Det som också är svårt, eller som jag, eller, många gånger tycker är svårt, i början också, att jag vill ha det i min ordning. Att vänta ut, för svaren finns där, de kommer ju ofta om jag bara ger mig till tåls och inte frågar, utan då kommer de i berättelsen ändå.” (Intervju 4)

Metod som är svår att strikt följa

Många av informanterna såg inte MI som en metod som de skulle följa strikt utan mer som ett förhållningssätt som de hade med sig i de flesta situationer. MI passade inte alla situationer eller alla patienter. Informanterna anpassade mängden MI de använde sig av till varje situation och varje patient och de flesta kombinerade MI med andra metoder.

”Jag kan inte säga exakt, jag jobbar med båda delarna för att vi har olika patienter, en del passar det ena för och en del passar det andra för och det är situationen som avgör och det är väl det man måste lära sig när man sitter och träffar patienter, vem passar detta för, och i vilken situation är jag, ska jag dänga till, eller ska jag locka fram det.” (Intervju 7)

”Men jag är ingen fundamentalist, som jag sa innan, jag tycker att bara MI, nej. Blanda ihop det med lite grann utav dina erfarenheter och dina verktyg, lite sunt förnuft och lite människokärlek och vilja, så går det fram.” (Intervju 1)

Hinder och möjligheter

Informanterna kunde se både hinder och möjligheter med att arbeta med MI. Det framkom olika faktorer som kunde påverka arbetet på ett underlättande, försvårande och utmanande sätt.

Underlättande faktorer

En stor del av informanterna ansåg att patienter som redan är motiverade till en förändring eller har insikt om att de behöver en förändring var underlättande i arbetet med MI. Även yngre patienter som är välinformerade, patienter som sjuksköterskan har en god relation till eller som har erfarenhet av förändringar ansågs underlättande.

”Ja men när man har en välmotiverad patient. Som har ett arbete som är välfungerande i samhället och som har stödjande nätverk och som mår bra i själen och som bara sitter här och säger, men kan du hjälpa mig med det här. Då det klart då är det väldigt enkelt.” (Intervju 1)

Försvårande faktorer

Majoriteten av de intervjuade tyckte att det var svårare att arbeta utifrån MI om patienten hade en begränsad svenska eller om man i mötet med patienten använde sig av tolk. Även äldre patienter som i större utsträckning var vana vid traditionell rådgivning och tystlåtna patienter ansågs av vissa informanter som försvårande faktorer.

”Vi har ganska så mycket av de patienterna här, alltså med utländsk bakgrund, inte det att de inte pratar svenska, för det gör de, men att deras svenska är rätt så begränsad, och då är det svårt att använda det tycker jag. För de kan inte utveckla svaren på det sättet man önskar i MI.” (Intervju 5)

Utmanande faktorer

Ett flertal av informanterna tyckte att det fanns faktorer och situationer som kunde

vara utmanande i arbetet med MI, som att motivera en patient som från början inte vill göra en förändring. Även patienter som är väl insatta i sin sjukdom och därmed kan ifrågasätta sjuksköterskan kunde anses som utmanande.

”Men alltså det som är de som kommer på detta här viset (sätter sig demonstrerande med armarna i kors och med sur blick), och sätter sig så här, och har blivit ditskickade, hitskickade från läkarkåren, som inte vill sluta röka. Där tycker jag det är så roligt, det är ju utmaningen i MI. Hur får jag ner armarna får det här fastlåsta läget.” (Intervju 1)

Erfarenheter av patienters upplevelser

Informanterna nämnde att när de använde sig av MI kunde de få olika reaktioner av patienterna. Vissa blev lättade, andra frustrerade. Vissa informanter nämnde också att MI startade ett långvarigt tankearbete som fick patienten att fundera på och vänja sig vid tanken på förändring.

Hållbar tankeprocess startas

Flera informanter talade om att MI fungerar bra på sikt. MI startar en tankeprocess hos patienten som håller i sig länge. Förändringen kanske inte sker på en gång men MI kan göra att det sker vid ett annat tillfälle i framtiden.

”De kan de ju absolut säga, och säga att de har den insikten men /.../ sen kanske det inte händer något men på något sätt så bearbetar de väl det och slutar de inte röka nu den här gången så kanske de nästa år lyckas bättre.” (Intervju 6)

Känslor och reaktioner

Informanterna upplevde oftast att patienterna tog emot MI väl. Ibland blev patienterna förvånade för de var inte vana vid det bemötandet. Ibland blev de lättade när de insåg att de inte skulle bli tillsagda.

”Jag upplever att många patienter blir ganska så glada när dem /.../ upptäcker att jag inte tänker föreläsa för dem om hur farligt det är att röka eller att dem måste sluta röka eller att gud du måste gå i vikt, så blir de ofta väldigt positiva.” (Intervju 2)

Också det motsatta kunde upplevas av informanterna. Vissa kunde se att patienterna blev frustrerade och besvikna när de använde sig av MI, ofta pga att de inte var vana vid denna typ av kommunikation i sjukvården.

”Sen ibland kan patienter bli besvikna därför att de inser att jag inte kan bota dem. Jag kan inte bota deras nikotinberoende, eller så.” (Intervju 2)

Träning krävs för upprätthålla nytt förhållningsätt

Flera informanter upplevde att MI är en färskvara som ständigt måste hållas igång för att inte komma bort ifrån. Många uttryckte att metoden fortlöpande kräver övning och träning för att ha möjlighet att tillämpas fullt ut och att kunna utvecklas. Ett flertal informanter uttryckte att de i sin utbildning blivit skolade att ge information och undervisa och att MI skiljer sig från det, både på ett utmanande och underlättande sätt.

Metod som kräver kontinuerlig vidareutbildning

Flera av informanterna ansåg att MI var en metod som krävde kontinuerlig övning och träning för att som sjuksköterska inte övergå till andra sätt att samtala och informera på. Ett flertal av informanterna uttryckte att frågor kring metoden

uppkom en tid efter utbildningen i MI och att man då hade behövt någon uppföljande utbildning för att komma vidare och utvecklas.

"Alltså man kommer ju bort ifrån det här hur snabbt som helst. Och även om man tror att man håller på med MI, så gör man ju inte det alltid. Så att nej, man behöver hålla det, alltså det är en färskvara verkligen. Det måste vara igång hela tiden annars tappar man väldigt snabbt det." (Intervju 4)

Yrkets utveckling kräver anpassning

Majoriteten av informanterna uttryckte att de i sin sjuksköterskeutbildning blivit skolade att ge information, råd och riktlinjer och att arbetet med MI skiljde sig från detta. En del informanter tyckte att det nya sättet att tänka på, som MI medfört, var underlättande. Andra ansåg att det kunde vara utmanande att träda ur den gamla, informerade rollen.

"Jag är inte skolad till det här /.../ när jag gick min utbildning då var det information, information, information, och det var det vi tränades i, att ge information. Nu backar man ju i det och ibland kan det vara svårt att träda ur en gammal roll. Det kan vara rätt så utmanande." (Intervju 5)

DISKUSSION

Nedan följer diskussion av studiens design och förfarande samt det resultat som är presenterat. Diskussionen delas upp i metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Diskussion kring vald metod sker under samma rubriker som i metoddelen. Även studiens trovärdighet diskuteras.

Urval

Studien hade som mål att få 10 informanter att delta, det blev sju. På många vårdcentraler sa cheferna nej till deltagande eftersom de på vårdcentralen inte hade tid. Författarna kontaktade inte alla vårdcentraler i Malmö utan endast de som fanns på en lista eller de som författarna hade fått tips om att kontakta. Alltså uttömdes inte alla möjligheter att finna informanter. Studiens urvalsmetod kan därför ha varit något begränsande. Troligen berodde inte det färre antalet informanter på att det inte fanns fler sjuksköterskor att intervjua utan på att cheferna sa nej eller att studiens urvalsmetod inte inkluderade alla sjuksköterskor.

Som urvalsmetod användes delvis snöbollsmetoden. Den följdes dock inte strikt eftersom författarna endast frågade den första och den sjätte informanten om tips på andra möjliga informanter. Den första informanten tillfrågades inte om specifika personer utan om verksamheter där möjliga informanter kunde finnas, detta för att processen inte skulle bli allt för tidskrävande. Detta kan ha gjort att studien gick miste om informanter som kunde bidragit med ny data till resultatet. Eftersom studien också hade en lista med direktnummer till vårdcentralerna trodde författarna att studien skulle få tillräckligt med informanter ändå. I efterhand kunde författarna se att det kunde gått snabbare att enbart använda sig av snöbollsmetoden.

Den lista med direktnummer som författarna fick av gatekeepern innefattade mest kommunala vårdcentraler och endast en privat vårdcentral. Detta kan ha påverkat resultatet genom att på privata vårdcentraler kanske de satsar mycket på MI,

jobbar mycket med det, jobbar med det på ett annat sätt, har mycket erfarenhet av det, eller kanske de inte jobbar med MI över huvud taget. Den informationen framgår inte av den här studien. Alltså kan studien ha gått miste om viktigt material genom att urvalet inte inkluderade dessa vårdcentraler.

Kravet att informanterna skulle ha gått en utbildning i MI kontrollerades inte av författarna. Detta kan ha påverkat resultatet då den utbildning som informanterna fick kan ha sett väldigt annorlunda ut och deras arbete med MI då också innebar olika saker för olika informanter. Dock tog intervjuguiden upp några frågor om utbildningen, när den var och hur den var. De olikheter som fanns i upplevelser av metoden återspeglades ju i resultatet och det var det som var syftet med studien. Kravet om att informanterna skulle ha minst 6 månaders erfarenhet av att arbeta med MI syftade till att ge en större och djupare kunskap om ämnet då informanterna hunnit arbeta med metoden och hade en större erfarenhet om MI.

I studien inkluderades sjuksköterskor, som även kunde vara vidareutbildade distriktssköterskor. Att författarna valde att inkludera även distriktssköterskor i urvalet var för att nå ut till en större grupp informanter. Då syftet avsåg att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med metoden motiverande samtal i sig, sågs inget negativt med att tillfråga även denna grupp, då de i grund och botten är sjuksköterskor och arbetar hälsofrämjande. Detta kan dock ha påverkat resultatet då grupperna arbetar med olika arbetsuppgifter vilket möjligen ger skilda upplevelser och erfarenheter av att arbeta med motiverande samtal. Det var endast en av informanterna som arbetade som distriktssköterska och de övriga informanterna var sjuksköterskor, vilket kan ha gett en obalans i studiens resultat.

Datainsamling

Under datainsamlingen gjordes intervjuerna på ungefär samma sätt, frågorna ställdes i ungefär samma ordning och liknande följdfrågor ställdes. Under studiens gång kunde författarna se att intervjuguiden t ex kunde gjorts i annan ordning, att en annan följd på frågorna kunde provats för att se vilket resultat det skulle ha gett. Fler följdfrågor kunde ha ställts ibland och vissa frågor kunde ibland ha uteslutits. Detta kunde ha gett ett fylligare resultat.

Intervjuerna var något korta och materialet kan ha varit lite för litet. Detta kunde ha förebyggts genom att det ställts fler frågor som belyste andra aspekter av arbetet med MI. Då kunde både tiden för intervjuerna och materialets mängd utökats. Det material som faktiskt insamlades besvarade syftet väl men det kunde ha varit intressant att veta ännu mer och få in fler vinklar kring upplevelserna och om möjligt hittat fler problematiska områden i arbetet med MI.

Intervjuerna i studien hade för avsikt att vara semistrukturerade då de utgick från en intervjuguide med frågor som författarna skulle täcka in, ordningsföljden kunde variera och så även graden av uppföljningsfrågor som ställdes. Frågorna i intervjuguiden var dock formulerade på ett sätt så de hade en viss struktur, de tolkades och besvarades på ett liknande sätt av informanterna. Detta stämmer inte överens med den semistrukturerade intervjun, där tanken är att informanterna ska berätta fritt om ämnena i guiden och ge egna tolkningar. Det hade alltså behövts en lägre struktur på frågorna där egna erfarenheter och värderingar speglar hur informanten tolkar frågorna. Detta hade kunnat ge ett ytterligare djup i resultatet.

Dataanalys

När meningsbärande enheter togs ut för analys av materialet valde författarna att vid långa meningsenheter exkludera vissa delar av meningarna som innehöll sådant som redan hade sagts eller som inte tillförde något till materialet. Även ord som typ, liksom och alltså exkluderades i vissa fall då författarna ansåg att det inte skulle påverka resultatet att dessa delar togs bort. Att dessa meningar och ord valdes att exkluderas kan ha påverkat resultatet på så sätt att delar som ändå haft en betydelse för resultatet kan ha fallit emellan och sållats bort, eller att ord som lagt en annan tyngd i en mening kan ha uteslutits.

Författarna analyserade intervjuerna en i taget och var för sig. Sedan jämfördes och diskuterades resultaten av varje intervju tills ett enat resultat nåddes. Att författarna valde att analysera materialet var för sig kan ha medfört att fler infallsvinklar och ytterligare djup tillfallit studiens resultat, vilket kanske inte hade skett om författarna valt att göra analysen tillsammans.

Vid respondentvalideringen kontaktades informanterna per telefon och kunde inte sätta sig in i materialet i förväg. Författarna berättade muntligen om resultatet och baserat på det som sades fick informanterna verifiera. Att informanterna inte fick sätta sig in i materialet skriftligt först kan ha gjort att de inte på samma sätt kunde utvärdera resultatet. Detta kan ha betytt att informanterna bekräftade något som de egentligen inte höll med om.

Trovärdighet

I denna studie läste författarna igenom transkriberingarna och analyserade varje intervju var för sig. Därefter jämfördes analyserna och ett gemensamt resultat diskuterades fram. Denna form av triangulering användes för att styrka giltigheten i studien (Polit & Beck, 2006). När resultatet blev klart fick författarnas handledare läsa igenom det. Denne hade tidigare läst vissa intervjuer och kunde känna igen sig i de underkategorier och kategorier som kom fram (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Efter analysarbetet kontaktades tre av informanterna för respondentvalidering, för att säkerställa att det som kommit fram i analyserna uppfattats rätt av författarna (Polit & Beck, 2006). Genom att i resultatet presentera citat stärktes giltigheten ytterligare (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). För att stärka tillförlitligheten i studien valde författarna att kontinuerligt reflektera och diskutera olika tolkningsmöjligheter under analysarbetet. Detta för att koderna och kategorierna skulle bli så konsekventa som möjligt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008)

Resultatet i denna studie skulle kunna ligga till grund för en annan studie om upplevelser av att arbeta med MI. Till exempel skulle en liknande studie kunna göras med informanter ur en annan yrkesgrupp eller från ett annat geografiskt område. Eftersom MI är en rätt ny metod, har det framkommit av denna studie att det krävs kontinuerlig vidareutbildning för att kunna implementera metoden i praktiken. Detta skulle kunna överföras till andra sammanhang där en ny metod ska införas i en verksamhet, det behövs fortbildning för att upprätthålla en ny metod.

Denna studie har i möjligaste mån beskrivit urval, informanter, datainsamling, analysförfarande och kontext för att läsaren ska kunna bilda sig en uppfattning om giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Resultatdiskussion

Två grundläggande begrepp inom MI är samarbete och autonomi vilket innebär att relationen mellan rådgivare och patient är ömsesidig och att ansvaret för förändring ligger hos patienten (Miller & Rollnick, 2010). Av resultatet framgick att dessa delar var betydelsefulla. Delaktighet och autonomi nämndes som värdegrunder i arbetet med MI, det var fördelaktigt att lägga över ansvaret på patienten och samarbeta för att nå bästa resultat. Detta styrks även av Brobeck m fl (2011) som i sin studie belyste att genom att arbeta med MI håller sig sjuksköterskan mer i bakgrunden och patienten tar ett kliv fram och är den centrala och viktigaste personen i samtalet.

Autonomi lyftes som en viktig del i arbetet med MI, att sjuksköterskan inte tvingar på någon en åsikt eller uppfattning utan lyfter patientens egen kunskap och förmåga att ta egna beslut. Även Brobeck m fl (2011) kom fram till detta, att MI medför att patienterna blir mer delaktiga i sin egen förändring och att sjuksköterskans uppgift är att underlätta för patientens egen förståelse för dennes problem och att stötta patienten till att själv finna en lösning, vilket styrker denna studies resultat. Fossum (2007b) skriver att asymmetrisk kommunikation där sättet att tala är ensidigt inte är effektivt. Brobeck m fl (2011) fann också att det är mindre effektivt när sjukvården hittar lösningen till patienten än när patienten själv kommer fram till en slutsats, vilket kan indikera att MI är en bra och hållbar metod.

Informanterna i denna studie kunde se både förenklande och försvårande delar med MI som metod. I resultatet framkom det att sjuksköterskorna anpassade användandet av MI beroende på patient och situation. Detta framkom också i en studie av Brobeck m fl (2011) som fann att det var svårt att använda MI fullt ut i alla situationer, då det ibland kunde begränsa ens arbete. Vissa sjuksköterskor använde endast vissa tekniker inom MI i samtal med patienter (a a), vilket också framkommer i denna studie. Många nämnde att de inte använde endast MI alla gånger. De kombinerade MI med andra metoder som de hade med sig sedan tidigare och egen erfarenhet av hur de tyckte var bästa sättet att samtala med patienter. Möjligtvis kan det vara så att sjuksköterskorna drogs till de delar av metoden som de tyckte saknades i andra metoder, och därför använde sig mest av just de delarna. Många såg alltså MI mer som ett förhållningssätt än en metod att strikt följa, en grundsyn att bemöta patienter med. Detta stämmer väl överens med vad MI är, Miller & Rollnick (2010) skriver att MI mer handlar om ett sätt att vara med människor än en teknik för att genomföra rådgivning.

Noordman m fl (2013) fann att sjuksköterskorna i deras studie anpassade användandet av MI beroende på hur motiverade patienterna själva var, de utgick från Stages of change som är en modell som beskriver patienters grad av motivation till förändring. MI användes mer då patienterna själva inte planerade att göra en förändring, och mindre när patienterna var inne i en förändringsprocess. Trots att Noordman m fl (2013) studie var i en annan kontext än den här studien, kan det ändå styrka att MI är en metod som inte används till punkt och pricka genom ett helt samtal, utan hur väl man använder sig av MI påverkas av situationen och patienten.

I resultatet framkom vissa svårigheter med MI som metod, en del informanter nämnde att det ibland kunde vara tidskrävande och kunde i efterhand sett att samtalet skulle gått snabbare om andra metoder använts. Brobeck m fl (2011) fann också att MI ansågs tidskrävande och att det kunde ses som en nackdel. Dock

ansågs det nödvändigt att inte pressa patienten till en förändring (a a). Även om MI kräver mer tid än andra metoder, så fann också resultatet i denna studie att MI sätter igång en tankeprocess hos patienterna som är hållbar över tid, så även om MI, i vissa situationer, är tidskrävande så kan sjuksköterskor tjäna på att använda det i längden.

Studien fann att det finns vissa svårigheter att implementera MI. Detta fann också Cronk m fl (2012), deras studie utfördes dock på en hemodialysavdelning och förutsättningarna för att implementera MI där kan ha varit svårare då det inte fanns någon enskildhet från andra patienter eller tid planerad för ett sådant samtal.

I denna studie framkom att det finns både hinder och möjligheter för användandet av MI. Vissa av informanterna nämnde språkbarriärer som ett hinder. I MI krävs det att man kan ge rätt så utvecklande svar och kan patienten då inte finna rätt ord och förklaringar för att beskriva sina tankar så fungerar inte MI riktigt. Detta försvårar implementerandet av MI då världen hela tiden globaliseras och samhället blir mer mångkulturellt. Det skulle vara intressant att finna verktyg som kunde hjälpa sjuksköterskor att använda sig av MI i samband med språkbarriärer.

I studien lyftes sjuksköterskors erfarenheter av patienters upplevelser av ett MI-samtal. Några av informanterna nämnde att vissa patienter blir förvånade och lättade, eller frustrerade och besvikna, när de inser att sjuksköterskan inte ska predika för dem och säga till dem vad de ska göra. Detta tyder på att förväntningarna som vissa patienter har på vården är att den ska vara auktoritär, det motsatta till MI. Fossum (2007b) skriver att många samtal inom vården förmodligen är just på det sättet. Ett sådant förhållningssätt, som har blivit använt så länge, så att patienterna förväntar sig att bli behandlade på det viset kan vara svårt att ändra på. Men som många av informanterna nämner, det är oftast den äldre generationen som har dessa förväntningar. Kanske sker det en skiftning i både förhållningssättet från vården och förväntningarna från patienterna, från att vården är bestämmande och äger kunskapen till att den fokuserar mer på patientens självbestämmande och egenkunskap.

Resultatet visar på att MI sätter igång ett tankearbete hos patienter, att även om de inte är redo för en förändring just i stunden så kan de börja bearbeta och förändringen kan ske längre fram. Detta kom även Brobeck m fl (2011) fram till, att även om patienten inte var intresserad av en livsstilsförändring just då, kunde MI hjälpa patienterna att ta de inledande stegen mot en förändring i framtiden. Detta visar på att det kan vara fördelaktigt att låta patienten själv komma till insikt om att denne behöver en förändring och själv bearbeta sina tankar kring det. Det sättet kan bli mer hållbart över tid än om sjuksköterskan skulle informera och föreläsa för patienten. Arborelius (1996) skriver att en människa blir mer engagerad till en förändring då denne får bestämma själv och motivationen kommer inifrån.

Många av informanterna var överens om att träning krävs för att upprätthålla ett nytt förhållningssätt. De flesta i denna studie uppgav att de önskade mer utbildning för att följa upp det de lärt sig första gången. Cronk m fl (2012) och Brobeck m fl (2011) visade också att en önskan om mer utbildning fanns, för att kunna implementera MI bättre. Detta styrks även av Heries (2012) studie som visade på att efter en tvådagars vidareutbildning kände sig deltagarna betydligt mer bekväma i användandet av MI än tidigare

En del av informanterna tyckte det var svårt att enbart hålla sig till MI och inte falla tillbaka till en informativ roll. Vissa tyckte också att det var svårt att vänta ut att patienten själv skulle komma fram till sina egna svar. Miller & Rollnick (2010) beskriver framkallning som ett grundläggande begrepp inom MI. Detta innebär att rådgivaren inte är informativ utan istället lockar fram egenskaper och motivation ur patienten. Eftersom att det kan vara svårt att undvika att vara informativ och vänta ut patienten och MI är en metod som kräver att rådgivaren inte är informativ, indikerar detta att det kan vara svårt att följa MI strikt.

Många av informanterna nämnde att MI underlättade deras arbete och att användandet av MI gav dem en bra känsla. Detta pekar på att MI är en metod som ter sig passande i arbetet med livsstilsförändringar och att sjuksköterskor vill ta till sig den nya metoden. Det finns alltså förutsättningar för en bra implementering samtidigt som det finns vissa hinder. Det som har kommit fram i denna studie är att MI är en metod som kanske inte alltid fungerar fullt ut och att mer utbildning krävs för att sjuksköterskor ska kunna använda det praktiskt på ett bra sätt.

SLUTSATS

Denna studie indikerar att MI är ett verktyg som underlättar sjuksköterskans arbete med livsstilsförändringar, genom att öppna patienten och göra denne mer delaktig, samtidigt som sjuksköterskan känner mindre ansvarstyngd. Dock passar inte MI i alla situationer eller med alla patienter, det är då fördelaktigt att kombinera MI med andra metoder och sätt att samtala på. Patienter är mer eller mindre mottagliga för MI och vissa faktorer kan underlätta eller försvåra arbetet med MI, t ex kan en välinformerad patient underlätta och ett samtal med tolk kan försvåra. Många av informanterna ansåg att MI var en bra metod men att det krävs kontinuerlig träning och fortbildning för att kunna upprätthålla det arbetssättet. Det behövs mer forskning inom MI-området. Fler studier behöver göras om hur det är att arbeta med MI, både som sjuksköterska men också inom andra yrkeskategorier. En studie där man undersöker MI i kombination med andra samtalsmetoder och verktyg hade varit intressant att läsa. Det hade även varit intressant med en studie som belyser patienters upplevelse av ett MI-samtal.

REFERENSER

- Arborelius E, (1996) *Varför gör dom inte som vi säger??* Stockholm, Sverige: Pharmacia & Upjohn Sverige AB.
- Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C, (2011) Primary health care nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.
- Brodie D A, (2005) Motivational Interviewing to promote physical activity for people with chronic hearth failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 518-527.
- Chen S M, Creedy D, Lin H-S, Wollin J, (2012) Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 637-644.
- Cronk N, Knowles N, Peace L, Russel C, Matteson M, Ponferrada L, (2012) Acceptability of motivational interviewing among hemodialysis clinic staff: A pilot study. *Nephrology Nursing Journal*, 39(5), 385-391.
- El-Mallakh P, Orr Chlebowy D, Wall M P, Myers J A, Cloud R N, (2012) Promoting Nurse Interventionist Fidelity to Motivational Interviewing in a Diabetes Self-Care Intervention. *Research in Nursing & Health*, 35, 289-300.
- Fossum B, (2007a) *Modell och teorier för kommunikation och bemötande*. I: Fossum B, (Red) *Kommunikation - Samtal och bemötande i vården* (1:1). Lund, Sverige: Studentlitteratur, 23-40.
- Fossum B, (2007b) *Framgångsrika kommunikationsmodeller*. I: Fossum B, (Red) *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården* (1:1). Lund, Sverige: Studentlitteratur, 187-198.
- Heckman C J, Egleston B L, Hofmann M T, (2010) Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco control*, 2010;19, 410-416.
- Hedelin B, Jormfeldt H, Svedberg P, (2009) *Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet*. I: Friberg F & Öhlén J, (Red) *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (1:3). Lund, Sverige. Studentlitteratur AB, 238-260.
- Heinrich E, Candel M JJM, Schaper N C, DeVries N K, (2010) Effect evaluation of Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practise*, 90, 270-278.
- Herie M, Barker M, Czyzewski K, Cohen S, Choy C, Madeley C, Dragonetti R, Hall A, Selby P, (2012) Motivational Interviewing in Respiratory Health Care: A Knowledge Translation Initiative. *Canadian journal of respiratory therapy*, 48.4, 6-13.
- Holm Ivarsson B, (2007) *Motiverande samtal, MI*. I: Fossum B, (Red) *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården* (1:1). Lund, Sverige: Studentlitteratur, 199-230.
- Hunt J, (2011) Motivational and people with diabetes. *Eur Diabetes Nursing*, 8(2), 68-73.

- Kazemi D M, Levine M J, Dmochowsky J, Nies M A, Sun L, (2013) Effects of Motivational Interviewing Intervention on Blackouts Among College Freshmen. *Journal of Nursing Scholarship*, 45:3, 221-229.
- Kvale S & Brinkmann S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
- Lundahl B W, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke B L, (2010) A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.
- Lundman B & Hällgren Graneheim U (2008) *Kvalitativ innehållsanalys*. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1:5). Lund: Studentlitteratur AB, 159-172.
- Miller W R & Rollnick S, (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm, Sverige: Natur & kultur AB.
- 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 and Medicine*, 87, 60-67.
- Northern nurses federation (NNF), (2003) *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i nordnord*. Vård i nordnord, Oslo, 4.2003.
- Olsson H & Sörensen S, (2011) *Forskningsprocessen*, Stockholm, Sverige: Liber AB.
- Polit D F & Beck C T, (2006) *Essentials of Nursing Research – Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B, (2009) General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behavior change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 172-179.
- Socialstyrelsen, (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm, Sverige. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005*. Stockholm, Sverige. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2011) *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm, Sverige. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm, Sverige. Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening, (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm, Sverige. Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening, (2008) *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm, Sverige. Svensk sjuksköterskeförening.

Van Nes M & Sawatzky J-A V, (2010) Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 654-660.

World Health Organization (WHO), (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion Ottawa, Canada. WHO.

Wong E MY, Cheng M MH, (2013) Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2519-2530.

Österlund Efrimsson E, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K, Klang B, (2011) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 767-782.

Projektets titel: Vårdpersonals upplevelser av att arbeta med motiverande samtal (MI).	Datum: 2013-09-25
---	--------------------------

<p>Studieansvarig/a: (student/er) Hanna Jaakkonen Judit Ledung</p> <p>hannajaakkonen@hotmail.com juditledung@gmail.com</p>	<p>Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000</p> <p>Sjuksköterskeprogrammet Kandidatnivå</p>
<p>Hej, vi heter Hanna och Judit och går termin 5 på sjuksköterskeprogrammet. Vi ska nu göra vår kandidatuppsats och vi har valt ämnet Motiverande samtal (MI).</p> <p>Vi tycker båda att det är intressant med livsstilsförändringar och tror att MI är en bra metod att motivera patienter. Därför vill vi undersöka hur sjuksköterskor tycker att det faktiskt är att arbeta med MI i praktiken. Det är av värde att belysa de eventuella svårigheter som finns med metoden för att kunna hitta förbättringar.</p> <p>Vi tänkte göra en intervjustudie med syfte att beskriva sjuksköterskors, distriktssköterskors och barnmorskors upplevelse av att arbeta med MI. För att svara på detta syfte har vi frågeställningarna; Vilka är för- och nackdelar med MI? Finns det situationer då det är svårare eller lättare att använda sig av MI? Hur upplever Du effekten av MI hos patienterna? Vi har som mål att intervjua tio sjuksköterskor som har gått en utbildning i MI och arbetat med metoden i minst sex månader.</p> <p>Intervjuerna kommer att vara i 10-20 minuter och vi kommer att ställa öppna frågor utgående från frågeställningarna. Du väljer själv vart intervjuerna genomförs. Det kan vara på din arbetsplats, på högskolan eller någon stans där Du känner dig bekväm. Intervjuerna kommer att spelas in för att vi ska kunna skriva ner allt som sägs i intervjun och sedan analysera detta. Vi kommer båda att medverka under intervjun. Efter vi är klara med vårt analysarbete kommer vi att kontakta Dig per telefon för återkoppling av vad vi har kommit fram till.</p> <p>Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Materialet förvaras så att det bara är åtkomligt för oss som är undersökningsledare. I rapporteringen av resultatet i form av en examensuppsats på Malmö högskola kommer informanterna att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.</p> <p>Ytterligare upplysningar om studien kan lämnas av oss som genomför studien och vi kan nås på: hannajaakkonen@hotmail.com, 0737045813 juditledung@gmail.com, 0763095298</p> <p>Härmed tillfrågas du om deltagande i vår studie.</p>	

Bilaga 2 – Samtyckesblankett

Samtycke från deltagare i projektet

Projektets titel: Vårdpersonals upplevelser av att arbeta med motiverande samtal (MI).	Datum: 2013-09-26
Studieansvarig/a: Hanna Jaakkonen Judit Ledung hannajaakkonen@hotmail.com juditledung@gmail.com	Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	

Bilaga 3 – Intervjuguide

- Hur länge har du varit sjuksköterska?

- Hur länge har du arbetat med MI?
- När gick du din MI-utbildning?
- Vad tycker du om den utbildning som du fick i MI?
- Finns det situationer där det är svårare att tillämpa metoden?
- Finns det situationer där det är lättare att tillämpa metoden?
- Kan du se några nackdelar med MI?
- Kan du se några fördelar med MI?
- Hur upplever du effekten av MI på patienter?
- Vad är din helhetsupplevelse av MI som metod?

Bilaga 4 – Resultat med analysförfarande

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Själva grundsynen inom MI, att man tror att patienten själv har förmåga att lösa många av problemen och att man inte ska bemästra patienten, och läxa upp patienten. Den grundsynen tror jag egentligen aldrig är negativ.	Patienten har själv förmåga att lösa problem och man ska inte bemästra patienten.	Tro på patienten	Autonomi	Värdegrund i arbetet med MI
Ja men just det här att man inte pådyvlar någon en uppfattning, utan mer får människan till att tänka. Och sen göra egna val. Det är suveränt.	Pådyvlar inte någon en uppfattning utan får människan att tänka och göra egna val.	Patientens val		
Ja men det är ju att patienten själv kommer på vad de behöver, eller vad de vill, eller vad de borde göra, eller vad som är bra för dem.	Patienter kommer själv på vad de behöver och vad som är bra för dem.	Patientens självbestämmande		
Och just som jag sa innan att de redan, i och med att de får anstränga sig lite för att lägga fram problemet. Så redan det gör att de redan har liksom tänkt själva och får kanske ett svar av sig själva egentligen.	Patienten lägger själv fram problemet och får ett svar av sig själva.	Patienten har själv svaren		
Då är det ju en klar fördel att använda sig av det här, att det är inte jag som äger samtalet, det är inte jag	Det är inte jag som äger samtalet, det gör patienten lika mycket.	Patienten delaktig		

som äger besöket, utan det gör patienten lika mycket på något vis.			Delaktighet	
Man gör patienten mer delaktig, (...) lägga över ansvaret på patienten och det är väldigt bra när det handlar om de här livsstilssjukdomarna och levnadsvanorna, det är väl det som är den stora fördelen.	Gör patienten delaktig och lägger över ansvaret på patienten vid livsstilsförändringar.	Ansvaret hos patienten		
Som jag sa från början, när jag inte behöver känna att det är mitt ansvar utan jag öppnar patienten, patienten tar till sig informationen, vi värderar det fram och tillbaka.	Det är inte mitt ansvar utan jag öppnar patienten och vi värderar information tillsammans.	Samarbete		
Jag menar det som är modernt nu är väl med patientcentrerad vård, att man ska utgå från patienten och vad den vill och så, och vill den inte så kan man inte hålla på.	Modernt med patientcentrerad omvårdnad, man kan öppna upp och inbjuda till samtal.	MI hjälper till patientcentrerad omvårdnad		
Ja självklart är det fördelar. När man har fått ett MI-samtal till att fungera riktigt, då blir det ju mycket lättare för mig som behandlar, för det är inte jag som ska göra någonting. Och jag tar inte på mig någonting heller att jag ska åtgärda /.../ Och då känns de bättre också.	Om ett MI-samtal fungerar bra blir det lättare för mig, jag ska inte göra eller åtgärda något.	Underlättar att inte ha hela ansvaret		Förenklande och försvårande delar
Jag tycker den är bra, jag tycker den har öppnat upp för mitt samtal med	MI har öppnat upp mitt samtal med patienterna, pratar på ett	MI öppnar för samtal		

patienten också (...) jag har ju jobbat med det i många år mer eller mindre men jag menar att jag kan ju se att jag pratar med patienterna idag på ett lite annorlunda vis.	annorlunda vis nu.		Metod som förenklar	med MI som metod
Men det är ju lättare att bedriva ett samtal om man använder sig av MI oftast ju för man öppnar upp, patienten får prata själv det är ju inte jag som sitter här och säger; du ska göra det eller du ska göra det, eller det här är rätt och det här är fel.	Det är lättare att samtala med hjälp av MI för man öppnar upp patienterna.	MI öppnar upp patienten		
Man talar på ett annat sätt och just att få patienten själv att prata, det tycker jag, det har blivit bra med MI, och just att man liksom sammanfattar, nu ser jag att du blir lite arg, eller du ser lite ledsen ut, nu blir det inte som du har tänkt dig, jag tycker det är bra fraser att använda för att kunna prata vidare så att man inte stänger av.	Man talar på ett annat sätt nu. Patienten får prata själv och jag sammanfattar, det är bra.	Nytt sätt att bemöta		
Det är ju ett sätt att vara, ett sätt att tänka och ett sätt att arbeta på och det är ju fördelar med det, helt klart.	Ett sätt att vara, ett sätt att tänka – bra.	Förhållningssätt		
Det är ju bra som ett verktyg att använda, när man kör fast med någon patient, att man går tillbaka	Ett bra verktyg att gå tillbaka till om man kör fast med en patient för att fånga struktur.	Struktur som ett verktyg		

till MI för att fånga struktur och så.				
Ett bra hjälpmedel, speciellt för oss sjuksköterskor, vi har ju ingen sådan där gedigen utbildning i samtalsmetodik som till exempel läkare och psykologer har. Så därför tycker jag att det är ett bra hjälpmedel i, ja de flesta samtal egentligen med patienten.	Bra verktyg för sjuksköterskor.	Värdefullt verktyg		
Man är ju rätt så begränsad i sitt arbetssätt om man ska jobba renodlad MI. Det är ju ändå en struktur och det är ju inte alltid att ramar är lösningen på allt.	Rätt så begränsat med enbart MI, inte alltid ramar är lösningen.	Ramar kan begränsa	Svårigheter med metoden	
Jag kan se efteråt att detta kanske hade gått snabbare om jag hade ställt lite mer raka frågor.	Ibland går det snabbare med raka frågor.	Tidskrävande		
Jag kanske inte sammanfattar, kanske inte ser att patienten inte vill diskutera detta ämne va, då är ju inte MI bra, för då har jag ju inte gjort det jag skulle, då skulle jag ju ha stannat för länge sen.	MI inte bra om jag inte ser att patienten inte vill prata om ämnet, då skulle man stannat för länge sen.	Måste kunna känna in patienten		
Det som också är svårt, eller som jag, eller, många gånger tycker är svårt, i början också, att jag vill ha det i min ordning. Att vänta ut, för svaren finns där, de kommer ju ofta	Svårt att inte ha saker i min ordning. Svårt att vänta ut. Svaren kommer om man har tålamod.	Svårt att vänta ut		

om jag bara ger mig till tåls och inte frågar, utan då kommer de i berättelsen ändå.				
Det är inte helt säkert att det passar hundra procentigt alla gånger men att man har, men genom att ha det med sig, så kommer man en bra bit på vägen. I alla situationer.	Passar inte helt alla gånger, men passar till en del i alla situationer.	MI bra som grund	Svår metod att strikt följa / Passar inte alltid,	
Men jag är ingen fundamentalist, som jag sa innan, jag tycker att bara MI, nej. Blanda ihop det med lite grann utav dina erfarenheter och dina verktyg, lite sunt förnuft och lite människokärlek och vilja, så går det fram.	Jag tycker att inte bara MI räcker. Blanda ihop det med erfarenhet, andra verktyg och sunt förnuft.	Kombinera MI med annat	Fördelaktigt att kombinera med annat	
Om man har en patient som inte är med på noterna, kan det begränsa en att man på något vis kör fast i det där och då kan jag, eller då måste jag gå ur den rollen och gå in i något annat för att vi ska komma vidare (...) skulle man ha fortsatt att köra strikt efter MI där så vet jag inte om man hade kommit så mycket längre.	Ibland kan MI begränsa en. Då måste man ur den rollen och prova något annat för att komma vidare.	Anpassar kommunikationsmetod efter patienten.		
Jag kan inte säga exakt va, jag jobbar med båda delarna för att vi har olika patienter, en del passar det ena för och en del passar det andra	Jag jobbar med båda delarna, en del passar det ena för och en del passar det andra för.	Individuellt om MI passar		

för och det är situationen som avgör och det är väl det man måste lära sig när man sitter och träffar patienter, vem passar detta för, och i vilken situation är jag, ska jag dänga till, eller ska jag locka fram det.				
Jag ser det som ett förhållningssätt, jag ser inte MI som en metod som man ska följa till punkt och pricka för jag blandar och mixar.	MI är ett förhållningssätt mer än en metod. Jag blandar och mixar.	MI som förhållningssätt. Blanda med annat		
Speciellt kanske med rökavvänjningen generellt för ofta har patienten försökt sluta så många gånger själv, med hjälp av läkemedel och nikotinersättning så man är beredd att liksom prova något nytt. och ofta tycker jag att de kommer till insikt med saker på ett annat sätt när de får prata om det.	Lättare vid rökavvänjning, patienten har försökt sluta själv och beredd att prova något nytt. De kommer till insikt när de får prata.	Patient med erfarenhet av förändring		
Ibland är det ju så att vara diktatorisk att då funkar det men att i vissa situationer när man ser att man liksom har en patient som då kanske är på gång men som inte riktigt har tagit steget.	När man har en patient som är på gång men som inte riktigt tagit steget till en förändring, då är MI en bra metod.	Ambivalenta patienter underlättar		
Alltså yngre patienter, rent generellt, har ju eget, vad jag upplever kunskapssökande och kommer ofta	Yngre patienter är ofta välinformerade. Det gör det lättare att samtala.	Yngre, välinformerade patienter underlättar	Underlättande faktorer	

rätt så väl informerade till besök. De har läst mycket på internet själva (...) då är det ju alltså lättare att föra ett samtal kring någonting.				Hinder och möjligheter
Ja men när man har en välmotiverad patient. Som har ett arbete som är välfungerande i samhället och som har stödjande nätverk och som mår bra i själen och som bara sitter här och säger, men kan du hjälpa mig med det här. Då det klart då är det väldigt enkelt.	Välfungerande, välmående och insiktsfull patient gör det enklare.	Insiktsfulla patienter underlättar		
Ja det är ju när man känner patienten väl, som vi har ju diabetespatienter som kommer tillbaka år efter år. Och när man känner dem och de får ju förtroende förhoppningsvis för en annan då att man kan ställa en öppen fråga och man kan få svar och låta dem bestämma helt enkelt vad man ska tala om och hur samtalet ska löpa.	Underlättar om man känner patienten väl och de har förtroende för en.	Förtroende och relation underlättar		
Det är ju svårare att använda sig av det om det är en patient som inte är så glad i att prata.	Svårt att tillämpa om patienten är tystlåten.	Tystlåten patient försvårar		
Den äldre generationen, det känns som att de är lite mer vana att komma till sjukvården och få en	De äldre är mer vana vid att få en medicin så ordnar det sig.	Äldre förväntar sig traditionell rådgivning		

medicin eller få något så ordnar det sig.			Försvårande faktorer
Vi har ganska så mycket av de patienterna här, alltså med utländsk bakgrund, inte det att de inte pratar svenska, för det gör de, men att deras svenska är rätt så begränsad, och då är det svårt att använda det tycker jag. För de kan inte utveckla svaren på det sättet man önskar i MI.	Svårt att använda MI med patienter som har begränsad svenska, de kan ej utveckla svaren på det sätt man önskar.	Begränsad svenska försvårar kommunikationen	
Men när tolken säger någonting tittar jag inte bara på dina ögon och ditt ansikte, jag tittar på din kropp. För jag ser om (...) Ditt kroppsspråk är inte så som jag tror, eller så som jag hade förväntat mig att det skulle bli. Om jag förväntar mig att du ska le eller bli glad, och så blir reaktionen tvärt om, då ser jag ju att det är någonting som är fel.	När tolken säger något märker jag på ditt kroppsspråk om det blir fel.	Lättare missförstånd med tolk	
Och då är ju patienten mer insatt i sin sjukdom och kan mer och kan ju även ifrågasätta mig då och nya rön och allt det där. Spännande och utmanande.	Patienter är mer insatt i sin sjukdom och kan ifrågasätta.	Patientens ifrågasättande utmanar	Utmanande faktorer
Men alltså det som är de som kommer på detta här viset (sätter sig demonstrerande med armarna i kors	Utmaningen är de som har blivit hitskickade som inte själva vill sluta röka.	Motvilliga patienter utmanande	

och med sur blick), och sätter sig så här, och har blivit ditskickade, hitskickade från läkarkåren, som inte vill sluta röka. Där tycker jag det är så roligt, det är ju utmaningen i MI. Hur får jag ner armarna får det här fastlåsta läget.					
Jag upplever att många patienter blir ganska så glada när de (...) upptäcker att jag inte tänker föreläsa för dem om hur farligt det är att röka eller att dem måste sluta röka eller att gud du måste gå i vikt, så blir de ofta väldigt positiva.	Patienter blir glada när de förstår att jag inte ska föreläsa för dem.	Lättnadskänsla	Känslor och reaktioner	Erfarenheter av patienters upplevelser	
De tappar hakorna ibland. De är så vana vid pekfingret i luften, att andra ska bestämma.	Tappar hakorna ibland, vana vid att andra bestämmer.	Förvåning			
Sen ibland kan patienter bli besvikna därför att de inser att jag inte kan bota dem. Jag kan inte bota deras nikotinberoende, eller så.	Patienter blir besvikna när jag inte kan bota.	Besvikelse			
Vissa kan bli jättefrustrerade av sättet och det är väl deras inställning när de kommer till vården som påverkar det.	Vissa kan bli frustrerade pga deras inställning.	Frustration			
Det är dem fröerna som vi försöker så här då ibland, när vi så att säga inte tror att det går, kanske med MI	Sår ett frö om patienten inte är redo, skördar frukterna längre fram, MI sätter igång ett	MI sätter igång ett tankearbete			Hållbar reaktion startas/ Hållbart

eller, patienten inte är redo, att man sår ett frö och sen kan detta komma fram och någon annan skördar frukterna längre fram.	tankearbete.		tankreprocess/ tankearbete	
Förhoppningsvis får man dem till att prata om det vi vill att de ska prata om. Sen kan det bli väldigt mycket som trillar på plats också, och det är sånt som oftast märks vid första eller andra besöket, att det händer väldigt mycket.	Mycket trillar på plats och mycket händer, det märks vid de första besöken.	MI startar en tankeprocess		
De kan de ju absolut säga, och säga att de har den insikten men (...) sen kanske det inte händer något men på något sätt så bearbetar de väl det och slutar de inte röka nu den här gången så kanske de nästa år lyckas bättre.	De kan säga att de har insikten, det kanske inte händer något direkt men de börjar bearbeta en eventuell förändring.	Bearbetning över tid		
För att inte halka in i det gamla sättet eller det här mer informativa sättet så tror jag att det är bra att man hela tiden följs upp och får vidareutbildning.	För att inte halka tillbaka och bli informativ behövs vidareutbildning.	Undvika informativt sätt genom utbildning		
När man är ny i utbildningen så blir man rätt full av intryck och allt är nytt. Och sen när man kommer hem och börjar jobba med det, det är då alla frågorna kommer om hur man kommer vidare, för man kör gärna	Utbildningen var tillräcklig i början men när man börjar jobba med det kommer alla frågor och man kör lätt fast.	Frågor kommer efter hand	Metod som kräver kontinuerlig vidareutbildning	

fast i samma spår.				Träning krävs för att upprätthålla nytt förhållningssätt
Alltså man kommer ju bort ifrån det här hur snabbt som helst. Och även om man tror att man håller på med MI, så gör man ju inte det alltid. Så att nej, man behöver hålla det, alltså det är en färskvara verkligen. Det måste vara igång hela tiden annars tappar man väldigt snabbt det.	Lätt att komma ifrån MI, så man behöver hålla igång det. Det är en färskvara.	MI färskvara		
Ofta är man inte riktigt skolad så när man läser till sjuksköterska, att prata på det viset utan man är liksom lärd att ge information och undervisa.	Ofta är man inte skolad på det viset, utan lärd att ge information och undervisa.	Skolad att ge information	Yrkets utveckling kräver anpassning	
Och det hjälper mig, framförallt som gammal sjuksköterska som är inlärd med att man ska ge råd och riktlinjer och man ska berätta hur man ska göra, så är det ett annat sätt att tänka.	Inlärd att ge råd och riktlinjer, nytt sätt att tänka.	Nytt förhållningssätt		
Jag är inte skolad till det här (...) när jag gick min utbildning då var det information, information, information, och det var det vi tränades i, att ge information. Nu backar man ju i det och ibland kan det vara svårt att träda ur en gammal roll. Det kan vara rätt så utmanande.	Inte skolad i MI, vi tränades i att ge information. Utmanande att träda ur gammal roll.	Rollskifte utmanande		