

Vi trodde att vi lyssnade.  
Fysioterapeuters erfarenheter av motiverande samtal (MI).

Johanna Helinder

Handledare: Margareta Simonsson- Sarnecki  
C-UPPSATS, PSYKOLOGI III – VETENSKAPLIG UNDERSÖKNING 15hp, VT 2014

STOCKHOLMS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Vi trodde att vi lyssnade.  
Fysioterapeuters erfarenheter av motiverande samtal (MI).

Johanna Helinder

*Motivational Interviewing* (MI) är en personcentrerad samtalsmetod utvecklad att stärka klienters inre motivation och åtagande för särskild förändring. Metoden har i kliniska studier visats effektivare än traditionell rådgivning. Arbetet inom hälso- och sjukvård innefattar att med samtal engagera och motivera patienter till beteendeförändringar för att förebygga ohälsa relaterad till osunda levnadsvanor. Studiens syfte var att undersöka fysioterapeuters erfarenheter, tankar och känslor av samtalsmetoden. Data samlades in med sex semistrukturerade intervjuer. Analysarbetet genomfördes enligt induktiv tematisk analys. Resultatet presenterades i två huvudteman; *insikter om det goda samtalet* och *förutsättningar för det goda samtalet*. Det framkom att MI-kompetensen inneburit ökad tilltro för fysioterapeuternas egen förmåga att hjälpa patienter till beteendeförändringar. Resultatet visade även att deltagarna kommit till insikt med att de utvecklat sitt samtalsbeteende. De trodde att de tidigare lyssnade på patienterna men har, med erhållen MI-kompetens, insett att de nu lyssnar mer.

Utöver att samtal oss människor emellan bygger på informationsutbyte fyller de ofta en viktig funktion i motiverande syfte att påverka andra och deras beteenden skriver Miller och Rollnick (2002). Rådgivare, socialarbetare, präster, psykologer, lärare och andra professioner är vanligen engagerade i dessa motiverande samtal. Inom hälso- och sjukvården innebär mycket av arbetet att lindra och förebygga sjukdomar vilka går att tillskriva dåliga vanor och beteenden. Valet av livsstil kan komma att påverka individens framtida hälsa, livskvalité och livslängd. Hälsofrämjande arbete innebär bland annat att genom samtal engagera klienter till bestående beteende- och livsstilsförändringar (Butler et al., 2008).

Socialstyrelsen har utarbetat nationella riktlinjer med syfte att förebygga arbete av osunda levnadsvanor som exempelvis inaktivitet och dåliga kostvanor. Riktlinjerna har tagits fram för att ge möjligheter att genomföra systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2011). Den fysioterapeutiska professionen (f.d. sjukgymnastik, på beslut av Riksdagen genomfördes 2014 ett namnbyte) syftar till att hjälpa patienter att genomföra någon form av beteendeförändring genom att med samtal

motivera patienterna till förändrade levnadsvanor. Samtalsmetoden motiverande samtal (eng. Motivational Interviewing (MI)) har i kliniska studier visats vara en mer fördelaktig samtalsmetod än traditionell rådgivning i syfte att befrämja ohälsa relaterad till levnadsvanor (Hettema et al., 2005). Genom ett empatiskt och personcentrerat förhållningssätt avser behandlaren hjälpa patienter att reflektera över deras situation för att finna inre motivation till förändring. I och med de utarbetade riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011) har intresset för metoden ökat, fler fysioterapeuter utbildas och större insatser genomförs för implementering av MI i den kliniska verksamheten.

För att få en djupare förståelse för hur behandlare inom hälso- och sjukvården arbetar med MI ämnar jag inleda det teoretiska avsnittet genom beskrivning av samtalsmetodens bakgrund (användning och etablering av MI) för att sedan beskriva tidigare teorier och aktuell forskning på området.

### *Bakgrund*

MI utvecklades under tidigt 1980-tal av forskaren W. R. Miller (1983) som ombads att skriva ner sin syn på behandling av missbrukarbeteenden. Millers idé var olik andra teorier om behandling vilka utgick ifrån direkt konfrontation med patienter, snarare än att undersöka deras egna skäl till förändring. Millers teorier utvecklades och tillsammans med S. Rollnick utarbetades samtalsmetoden MI. Metoden utgår delvis från idéer i den transteoretiska modellen. Modellen beskriver förändringsprocessen utifrån sex faser likt en hermeneutisk spiral. Förändring anses vara ett livslångt lärande i och med att människan ständigt konfronteras med nya ställningstaganden och perspektiv i sitt sätt att vara i relation till tidigare upplevelser (Prochaska & Velicer, 1997). ”Förändring är det enda konstanta” ska filosofen Herakleitos ha sagt.

Inom MI finns det fyra grundprinciper vilka bildar det som benämns MI-andan (Miller & Rollnick, 2013). Andan avser behandlarens förmåga att genom ett empatiskt och personcentrerat lyssnande guida patienter genom deras ambivalens inför och acceptans till förändring. Den första principen innefattar färdigheten att skapa *partnerskap*. MI är avsett att genomföras för- och med en patient i ett aktivt samarbete. Den andra principen avser behandlarens *acceptans* inför patienten. Inom MI innebär acceptansen en förståelse för varje människas absoluta värde, förmåga till äkta empati, att ge autonomistöd samt att kunna bekräfta individen (Miller & Rollnick, 2013). Rogers (1989) beskrev den terapeutiska färdigheten att förmedla empati på följande sätt ”känslan av klientens inre värld och dess personliga betydelse som om det var din egen, men utan att någonsin förlora kvalitén ”som om”” (Rogers, 1989). Den tredje principen avser behandlarens förmåga att *framkalla* förändringsprat hos patienten. Det har visats mer fördelaktigt om patienten själv ger argument till en förändring än om behandlaren gör det. Studier har även visat att för att en beteendeförändring ska lyckas fordras en aktivering av patientens egen kunskap om sig själv (Hibbard et al., 2007). Miller (2002) har också visat resultat på att när patienter insett sin egen ambivalens och lyckats ta sig ur den, då klarade de också av att bibehålla förändringen utan stöd. Den sista principen bygger på behandlarens förmåga till *medkänsla*, inte som medlidande, utan genom att underlätta och ge utrymme för patientens behov för att denne ska må bra (Miller & Rollnick, 2013).

Centrala MI-färdigheter (BÖRS), ett ambivalenskort och en Visuell- Analog-Skala (VAS) är karakteriserande MI-tekniker för att framkalla förändringsprat hos klienter. Rollnick (2002) visade att behandlare inte nödvändigtvis behöver använda alla verktyg vid varje patientmöte, behandlaren kan med fördel använda de verktyg som passar utifrån patienten och dennes situation.

Om patienter uttrycker ordet ”men” under ett samtal kan det vara ett uttryck för ambivalens och därmed delade argument för vad patienten önskar göra men ännu ej befäst hos sig själv. Vid tecken på ambivalens kan ett ambivalenskort vara ett underlag för behandlaren och patienten för att tillsammans undersöka vilket argument som väger tyngst för förändrat beteende (Miller & Rollnick, 2013).

Vissa färdigheter har visats vara centrala för förändringssamtalens utfall. Färdigheterna förkortas BÖRS och härleds till behandlarens egna förhållningssätt. Genom att behandlaren utvecklar sin förmåga att Bekräfta, ställa Öppna frågor, Reflektera och Summera över vad patienten berättat kan behandlaren på så sätt styra samtalet men samtidigt stödja patientens autonomi (Miller & Rollnick, 2002).

Utbildning och användandet av MI ökar ständigt. I Sverige har stora resurser lagts ned på att implementera metoden inom såväl social- och kriminalvård som inom hälso- och sjukvård. Samtalsmetoden har även implementerats systematiskt inom den fysioterapeutiska vården efter riktlinjer från Socialstyrelsen, vilka givit stöd för metoden vid behandling av ogynnsamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011). Det finns i idag goda möjligheter till utbildning inom MI, privata utbildningsorganisationer, kommuner, landsting och högskolor erbjuder kurser på området. Dock har det i studier visats finnas variationer bland fysioterapeuters och annan vårdpersonal för deras möjligheter till MI-inläring. Beroende på arbetsplats tilldelas personal olika möjligheter att erhålla och implementera MI-kompetens i den kliniska verksamheten (Forsberg et al., 2010).

Söderlund et al. (2008) har visat att de implementeringsinsatser av MI som undersöktes i studien var dugliga men att ytterligare forskning behövs för att finna optimala förutsättningar för att befästa MI-kompetensen för utvecklat MI-lärande hos vårdbehandlare. Annan forskning har även visat att vid brist på organisatoriskt stöd minskar möjligheterna till framgångsrik implementering (Guldbrandsson, 2007). För ett lyckat långsiktigt resultat av implementering av ny kunskap behövs det engagemang från ledande personer samt andra yttre förutsättningar som tilldelning av resurser och utarbetade rutiner för processen. Resultaten från ovanstående studie belyste även att det stöd som vanligen erbjuds vid implementering inte alltid räcker (Guldbrandsson, 2007). För att lyckas tillgodogöra sig erhållen kompetensutbildning för dess fulla potential fordras en kombination av olika insatser som praktisk träning, kontinuerlig återkoppling, engagerat stöd och tillräckligt med avsatt tid. Dessa insatser räcker inte enskilt utan bör enligt Guldbrandsson (2007) integreras. För att metoden ska användas i det syfte den avser att främja för framgångsrika beteendeförändringar då fordras möjligheter inom organisationen för att tillgodose och stödja erhållen kompetens hos behandlarna.

### *Teori*

*Self-efficacy*: Forskning om MI och dess effekt för lyckade beteendeförändringar har visat att behandlarens kompetensnivå haft en tydlig inverkan för huruvida klienter klarat genomföra en förändring av beteende eller livsstil (Miller et al, 2004). På regeringsuppdrag genomförde Statens folkhälsoinstitut (2010) en enkätundersökning bland personalen inom svensk primär- och företagshälsovård. Resultatet visade att behandlarna upplevde sig mer positiva att diskutera ändrade beteendemönster med patienter då de samtidigt upplevde en ökad tilltro till den egna förmågan. Bandura (1997) definierar self-efficacy som ”en individs tro på den egna förmågan att klara av en specifik uppgift eller situation”. Efter att ha lyckats utföra en uppgift ökar sedan individens tilltro att klara av samma eller liknande uppgift vid senare tillfälle. Det har även framkommit att möjligheterna att slutföra en uppgift beror på individens tilltro till den givna uppgiften. Studier på området har även visat att människor påverkas av upplevd grad av självförtroende för de val av aktiviteter de företar sig. De människor som tenderar att ha en högre grad av self-efficacy har visats vara mer uthålliga vid utmanande situationer och väljer därför oftare att pröva svårare uppgifter (Bandura, 1997). Vad som upplevs vara svårare uppgifter är subjektivt, inom det fysioterapeutiska arbetet kan mer utmanande uppgifter handla om omotiverade och ej samarbetande patienter.

*Självbestämmandeteorin*: Självbestämmandeteorin (eng. self-determination theory) är en motivationsteori vilken beskriver individers upplevda grad av kompetens och meningsfullhet som en aspekt av hur beteenden kan förstås. Teorin utvecklades under 1970- och 1980-talet genom studerandet av den inre motivationens påverkan av yttre faktorer som beröm, belöningar eller tillrättavisningar (Markland et al., 2005). Vidare har forskning fortsatt studera individers beteenden och hur de påverkas av yttre motivation. Teorier om självbestämmande framhåller ett kontinuum för hur beteenden kan förstås och utgörs av yttre- och heteronoma motiv samt inre mer autonoma aspekter för människors beteenden. Det har även i studier framkommit att autonoma beteenden vilka bygger på en inre motivation, en känsla av självbestämmande, är mer stabila över tid och har en inverkan på individers hälsa (Markland et al., 2005) varför det kan lämpa sig att främja för patientens autonomi arbete av beteendeförändring.

*Teori X och Y*: McGregor (1960) utvecklade motivationsteorin, teori X och Y, som handlar om hur människor motiveras på arbetsplatsen. Teorin utgår ifrån idén om att vissa människor är i grunden lata och omotiverade, teori X, än andra som i sin natur är mer kreativa och ambitiösa. Chefer inom teori X anses vara mer vaksamma, skeptiska och restriktiva. Teori Y utgår istället ifrån att arbetarna är ambitiösa, kreativa och besitter självkontroll, chefer inom teori Y ser det till exempel som en självklarhet att befrämja medarbetarnas arbete genom att skapa god atmosfär (Walton, 1986). Chef och medarbetare kan även tillskrivas rollerna för behandlare och patient (se symbolisk interaktion) och får därmed betydelse för behandlaren att främja patientens motivation.

*Symbolisk interaktion*: Teorier om symbolisk interaktion (eng. symbolic interactionism) utvecklades av sociologer som studerat individers handlingar utifrån sökande utav meningsfullhet i sociala kontexter (Blumer, 1969). Teorier om symbolisk interaktion bygger på idén om att individer går att betraktas utifrån sin sociala omgivning.

Människor utvecklar sin identitet i samspelet med varandra med hjälp av gester, minspel och andra koder. Enligt Benzies och Allen (2001) söker individer mening genom försök till förståelse av dessa gester, koder eller symboler och dess sammanhang. Meningsbyggandet beskrivs i teorin utgå ifrån vad individer anser för dem vara viktigt och förståeligt utifrån en subjektiv upplevelse av ett sammanhang, inte vad som utifrån den objektiva omgivningen som anses vara betydelsefullt. Teorin belyser att människor i grunden är socialt reflekterande individer med en förmåga att tolka omgivningar och symboler som inte nödvändigtvis förklaras verbalt. För att förstå den omvärld som omger individen förutsätter meningsskapandet en tänkande och reflekterande process för att jämföra tidigare upplevelser. Utformningen av oss själva sker under utveckling i interaktioner med andra, i samspelet mellan jag:et den signifikanta andra personen och generaliserande andra personer (Blumer, 1969). Forskning om identitetsskapande och symbolisk interaktion har även förklarat en individs grupptillhörighet och profession som en del av den individuella utvecklingen. Rollteorier beskriver att vi utifrån ett rollskapande och roll-tagande också tillskrivs olika förväntningar. Charon (2009) menade att dessa förväntningar och utifrån roller är en förutsättning för inläring som vid förväntningar mellan en lärare och en elev. Behandlare och patienter tillskrivs också förväntningar vilka utformats i den sociala kontexten och får betydelse för interaktionen under ett samtal.

#### *Aktuell forskning*

MI är ett relativt nytt studieområde i och med utvecklingen av metoden under 80- och 90- tal. Forskningsarbetet fortgår för att öka förståelsen för MI och användningen av metoden inom olika områden. Trots den forskning som hittills gjorts verkar det finnas diskrepans mellan tidigare vetenskap om MI och den kliniska användningen i dagsläget. MI med dess popularitet har etablerats inom fler olika områden för genomförande av beteendeförändringar men kunskap om de bakomliggande mekanismerna har förbisetts av utbildare och praktiker. Ännu finns inte tillräcklig kunskap för att förstå metodens bidrag helt (Miller et al, 2004). Många av de undersökningar som gjorts inom MI har främst fokuserat på metodens möjliga effekter för patienters resultat av förväntade beteendeförändringar vilket mestadels studerats inom behandling av sjukdomar, smärtupplevelser, för behandling av missbrukarbeteenden och inom kriminalvård (Forsberg et al, 2010). Samtalsmetodens verkan vid tydligt uppvisat motstånd från klienter har även studerats under terapeutiska samtalsessioner. Utifrån ovanstående aspekter har metoden påvisats vara effektiv för patienten vid samtal om förändringar (Miller & Rollnick, 2002).

Under senare tid har dock forskningsfrågor om resurstilldelning vid implementering av MI, alternativ för fortsatt MI-inläring, behandlarens upplevda MI-kompetens samt kvalitetssäkring av samtal blivit aktuella i försök att erhålla mer evidens för samtalsmetodens användning (Forsberg et al., 2007). Tidigare genomförda studier syftade till att undersöka behandlars erhållna MI-kompetens efter tre och en halv dagars workshops och fyra sessioner handledning bland sjukvårdspersonal. Resultatet av den studien visade att deltagarna inte uppnådde den förväntade prestation för vad som ansågs vara god MI-kvalité efter kvantifierad MI-kodning enligt MITI (Forsberg et al., 2007; Forsberg et al., 2010). Mot bakgrund tidigare studier genomförs under perioden 2013-01-01 - 2014-09-30 ett mer omfattande forskningsarbete vid Karolinska Institutet för studerande av utbildning och kvalitetssäkring av MI-användning bland

personal inom fem landsting. Projektet syftar till att med ett större urval (n=200) och utvecklad kunskap på området bland annat undersöka olika utbildningsupplägg samt implementeringsstöd efter genomförd utbildning och personalens upplevda kompetens för att kvalitetssäkra deltagarnas MI-användning (Forsberg et al, 2013).

Omfattande undersökningar pågår alltså för att kvalitetssäkra, utvärdera och utveckla MI. De flesta undersökningar inom hälsofrämjande arbete är gjorda på sjuksköterskors studerade skicklighet och upplevelser av metoden. Mot bakgrund av Diamantoglous (2013) litteraturstudie, vilken visade att det endast finns två studier gjorda inom den fysioterapeutiska inriktningen för användning av MI, saknas därför information om användning, effekt och erfarenheter av samtalsmetoden i det fysioterapeutiska arbetet.

Intresse för ämnet för undersökningen väcktes då jag som fysioterapi- och personalvetarstudent introducerats för MI under studietiden. Med föreliggande studie är förhoppningen att mot bakgrund av ovanstående teorier få ytterligare inblick i fysioterapeuters upplevelser av MI. Av intresse är även att få veta hur de anser sig arbeta med metoden i deras kliniska verksamhet.

Denna studie kommer att utgå ifrån följande frågeställningar:

- Vad upplever (erfarenheter, tankar, känslor) fysioterapeuter i arbetet utifrån MI?
- Hur upplever de denna metod/sin kompetens?
- Hur arbetar de med motiverande samtal?

Med MI som utgångspunkt ämnar studien söka information utifrån ovanstående frågeställningar genom att intervjua fysioterapeuter om deras erfarenheter av vad som av fysioterapeuterna upplevs vara ett *gott samtal* med patienter.

## Metod

### *Undersökningsdeltagare*

För att få en uppfattning om hur MI upplevs och tillämpas inom den fysioterapeutiska professionen kontaktades enhetsansvariga på fem sjukhus och fyra vårdcentraler i Mellansverige. Genom mailutskick fick varje enhetsansvarig information om studien och därefter tillfrågades de fysioterapeuter vilka kunde vara aktuella för deltagande i studien. Utöver att fysioterapeuterna erhållit MI-kompetens genom fortbildning var ytterligare ett kriterium att deltagarna ansåg sig vara kliniskt verksamma med samtalsmetoden. Vidare förmedlades kontakter med de fysioterapeuter vilka anmält intresse. Information om studien och förfrågan om deltagande skickades även till medlemmar i två MI-forum via sociala medier. Tid och plats för varje intervju bokades enligt överenskommelse med enskild deltagare utifrån vad som passade dem bäst.

Totalt rekryterades sju deltagare vilka hade mångårig erfarenhet av yrket, mellan 7-26 år. De hade i snitt arbetat med MI i 2,5 år (tabell 1.). Alla deltagare var kvinnor. Det blev ett bortfall då en av deltagarna blev sjuk den aktuella dagen för intervjun.

Tabell 1. Information om deltagare.

Deltagare n=6	Yrkeserfarenhet (år)	Arbetat med MI (år)	Arbetsområde
1	7	2	Palliativ/hemvård (kommun)
2	19	2	Barn-ungdom/fetma (sjukhus)
3	26	3	Strokerehab (sjukhus)
4	10	4	Hjärtrehab (sjukhus)
5	12	1	Hjärtrehab/akutvård (sjukhus)
6	7	4	Hjärtrehab/blodsjukdom (sjukhus)
Medel	13,5	2,5	

### *Datainsamling*

Data samlades in med intervjuer. För att få tillgång till varje deltagares subjektiva upplevelser konstruerades en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuguiden avgränsades till två huvudområden; *fysioterapeutens tankar om det goda samtalet* samt *MI som samtalsmetod vid hälsofrämjandearbete*, detta för att söka information mot bakgrund av de frågeställningar som ligger till grund för studien. Huvudområdena följdes upp av möjliga följdfrågor som stöd att fånga upp ytterligare information inom dessa områden. Vid varje intervjutillfälle ställdes individuella följdfrågor utifrån deltagarnas redogörelser. För att kontrollera att intervjuguiden gav den nivå av djup och användbarhet som eftersträvades i materialet genomfördes två pilotintervjuer. En av dessa ingår, efter en kompletterande telefonintervju, i studien.

Utöver huvudområdena bestod intervjuguiden av följande bedömningskriterier vilka kännetecknar arbetet med MI; *locka fram till förändring, samarbetsfrämjande, autonomistöd, styrning och empati* (bilaga 1.). Avsikten var att under intervjun stämna av deltagarnas beskrivna upplevelser av det goda samtalet utifrån vad som *bedöms* vara ett gott samtal utifrån kvalitetssäkrande arbete av MI (Forsberg et al., 2007). Intervjuerna ägde rum enskilt, på en avskild plats som fysioterapeuterna ordnat. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och varade mellan 30-50min.

### *Analys*

Insamlad data har analyserats utifrån en induktiv tematisk analys. I enlighet med Attride- Stirling (2001) samt Alm och Frodi (2014) har materialet, efter genomförd transkribering, vidare strukturerats in under två huvudteman.

Varje intervju har transkriberats ordagrant med undantag från pauser, suckar och intervjuarens instämmanden. Längre pauser har skrivits med punkter för att belysa när deltagaren behövt mer tid att formulera sig. Analysarbetet bestod sedan av sex faser. Fas 1: en naiv läsning av textmaterialet i dess helhet, fas 2: selektering av nyckelbegrepp och strukturering av egna associationer utifrån rådata, fas 3; nyckelbegreppen organiserades till underteman, fas 4: revidering av underteman genom organisering av nätverk, fas 5: generering av två huvudteman med underteman med kvalitativa variationer, fas 6; sammanfattning och redovisning av analysarbetet presenteras i uppsatsens resultatdel. Denna process handlar om en växelvis rörelse mellan potentiella teman/resultat och råmaterialet (Attride-Sterling, 2001).



### *Etiska aspekter*

Hänsyn har tagits till de etiska riktlinjer vilka gör gällande informationskravet om studiens syfte, frivillig medverkan samt att deltagarnas svar behandlas konfidentiellt och endast används som underlag i denna studie. Deltagarna informerades om detta via ett mailutskick samt inledningsvis vid intervjutillfället. Efter genomförd intervju samlades personlig information om deltagarnas yrkeserfarenhet, användandet av MI och deras utbildningsbakgrund in. Avslutningsvis erbjöds respondenterna även ta del av det färdiga resultatet (Vetenskapsrådet, 2011).

## Resultat

Studiens erhållna resultat har sammanfattats under följande två huvudteman med respektive underteman; 1. Insikter om det goda samtalet utifrån MI; *fördjupad självinsikt, ändrad patientsyn, alliansskapande och kommunikation* 2. Förutsättningar för det goda samtalet utifrån MI; *praktisk kompetens, yttre förutsättningar, användbarhet och utveckling*. Dessa teman kommer att beskrivas mer utförligt nedan.

### *I. Insikter om det goda samtalet utifrån MI*

Fysioterapeuterna beskrev hur den förvärvade MI-kompetensen inneburit nya insikter för dem, som fördjupad självinsikt i sin profession och en ändrad patientsyn, vilket gjort att de upplever bättre samtal med patienterna.

#### *Fördjupad självinsikt i sin profession*

Fysioterapeuternas redogörelser om fördjupade självinsikter handlade om en ökad tilltro till den egna förmågan, ett ändrat samtalsbeteende samt nya perspektiv på patientarbetet med beteendeförändringar. Insikter de erhållit i och med MI-användning.

Fysioterapeuterna har mångårig erfarenhet av patienter med behov av att göra nödvändiga livsstilsförändringar. Efter genomförd MI-utbildning upplevde de en ökad tilltro till den egna förmågan att hjälpa dessa patienter. De ansåg att MI-kompetensen har hjälpt dem att hantera utmanande situationer som kan uppstå med omotiverade eller rädda patienter. De beskrev att de nu upplever ett ökat självförtroende och ett ändrat förhållningssätt. En av intervjupersonerna berättade att hon innan MI-kursen upplevde en osäkerhet inför samtal av det slaget.

”Jo men jag har fått självförtroende... och att det är roligt... eh... faktiskt ser jag fram emot att ha de här samtalen... men jag var nervös tidigare att ha de samtalen förut och jag tror att jag gjorde dem ganska korta... och om det blev... liksom lite motstånd... jag var nervös och kände mig osäker... om det är liksom lite motstånd då tror jag att backade ut och sa att... "men jag vill bara säga att det är bra om man försöker röra på sig"... lite så... så nu känner jag att det gav mycket... nu vågar jag vara kvar i det där och tycker att det fungerar... så jag känner att det gav mycket självförtroende”

Fysioterapeuterna berättade att de i större utsträckning upplever att de känner sig trygga med att möta motstånd från patienter. Med ett ökat självförtroende att hantera

situationer som tidigare upplevdes som svåra beskrev fysioterapeuterna att de förändrat det egna tillvägagångssättet att samtala på.

En del terapeuter beskrev att de tidigare arbetat utifrån fysioterapiprocessen, med förutbestämda rutiner och frågor undersökte de vilken åtgärd patienten var i behov av. Efter införandet av MI som samtalsmetod strävar de nu istället efter att öppet utgå ifrån patienternas berättelse om sin livssituation. De berättade att de upplever att de tagit ett steg tillbaka. Det ändrade samtalsbeteendet beskrevs som en "aha-känsla" bland fysioterapeuterna då de tidigare trodde att de lyssnade men nu har de insett att det gjorde dem inte. Fysioterapeuterna tar sig mer tid att undersöka vem de har framför sig, inte initialt vilken åtgärd som ska sättas in.

”/.../förut... ja men man tänkte effektivt på ett annat sätt.. att man hade en uppgift på ett annat sätt... att man hade en uppgift att gå in och informera om det här med fysisk aktivitet och man måste prata om vissa saker och då blir det väldigt lätt att man bara går in och sätter igång och bara kör en åtgärd sådär.. och det blir ju lite fel... och det gör jag ju inte nu... så jag är mycket mycket mer mån om att lägga ner tid på ... eh... på att stämma av och utforska liksom vart patienten befinner sig i den här förändringsfasen”

Fysioterapeuterna var eniga om att de utvecklat ett nytt förhållningssätt under samtalen med patienter. De har blivit mer medvetna om betydelsen av vad säger, de väger sina ord mer noggrant och är aktsamma att inte fylla i patientens berättelse med egna erfarenheter. Utifrån de förvärvade insikterna om sig själva, i den fysioterapeutiska professionen, uttryckte de även att de fått en fördjupad förståelse för att beteende- och livsstilsförändringar är svårt och många gånger känsligt på patienterna.

Under intervjuerna beskrev fysioterapeuterna att det fått ändrade perspektiv när det handlar om arbete med beteendeförändringar. De har fått en fördjupad förståelse för beteenden, förändringar och rädslor samt komplexiteten i dessa aspekter. Insikterna har gjort att de nu upplever sig vara mer toleranta mot patienten för situationen denne befinner sig i. Fysioterapeuterna beskrev att de oftare också uttrycker den insikten till patienterna.

”/.../att det verkligen är svårt att ändra ett beteende... verkligen... och att just så.. den omedelbara effekten... alltså att man vet att en grej är bra men man får inte... man ser inga effekter på en gång och då blir det ju ännu svårare.. det var mycket svårare... om man vet att en sak är bra och ibland helt nödvändig för ens liv och ändå är det svårt att genomföra den här förändringen... det ger en perspektiv liksom... det har säkert ganska djupa bakgrunder i att man liksom...hur pass.. om man är rädd för nya saker... eller liksom.. det blir en kanske ah man vet inte.. det är en osäkerhet.. man vet ju inte riktigt hur det är på något annat sätt.. så kan jag tänka att man inte är redo att släppa det gamla beteendet eller”

### *Ändrad patientsyn*

Fysioterapeuterna beskrev även att de utvecklat en ny syn på patienten. De har förvärvat insikter om patientens autonomi samt värdet av att ta reda på patientens förväntningar för att med framgång få patienten att ändra sina vanor.

Fysioterapeuterna berättade att de nu i större utsträckning är mer uppmärksamma på patienternas tidigare erfarenheter. De arbetar mer individanpassat och har kommit till insikt med att patienten har den främsta kunskapen om sig själv. Effekten blir bättre när motivation till ett ändrat beteende uttrycks av patienten själv, utifrån dennes förutsättningar, berättade fysioterapeuterna. De ansåg sig ha mer respekt inför den realiteten än tidigare.

“/.../att man har full respekt för att den här personen faktiskt är expert på sin egen situation.. så att man inte.. tar på sig expertrollen... eh... för hårt om man säger så... man har ju kunskap om vissa saker men man har ju inte kunskap om patientens livssituation”

Några av fysioterapeuterna sa att de upplever att patienterna blivit mer engagerade och tydligare i sina beskrivningar vid samtalen om planering av behandlingsplan. Dock reflekterade en av intervjupersonerna över om det är patienterna som blivit tydligare om det är hon som genom ett ändrat samtalsbeteende låtit patienterna komma fram mer under samtalen. Då de ges möjlighet att berätta om sin situation på egna villkor upplever fysioterapeuterna ett större engagemang från patienternas sida.

Fysioterapeuterna beskrev återkommande deras insikter om vikten av att ta reda på patienternas förväntningar vid målsättningsarbete. Deras förväntningar kan många gånger skilja sig mot vad fysioterapeuterna trott. Fysioterapeuterna berättade att de nu lägger mer tid på att lyssna till patientens ambitioner med behandlingen och vad ett förändrat beteende skulle betyda för dem. Utifrån patientens förväntningar menar fysioterapeuterna att de sedan hjälper patienterna att sätta egna mål med rehabiliteringsplanen. Fysioterapeuterna har insett att det inte är de som ska sätta mål åt patienterna, de ska coacha dem att själva göra det.

”/.../alltså de blir ju stärkta i sig egen målsättning och blir mycket mer motiverade för det är ju deras mål för det är dem själva som uttryckt de här målen... Alltså... eh... de jobbar inte efter mina mål och ofta så når man ju de målen på ett helt annat sätt än när jag satt målen (...) och då gäller det att försöka... det är ju inte vi som ska motivera utan vi ska hjälpa dem att hitta motivationen det är det det handlar om”

### *Alliansskapande*

Fysioterapeuterna beskrev hur de efter erhållen MI-kompetens upplever samspelet med patienterna annorlunda. De ansåg att de i större utsträckning är medvetna om fördelen av att skapa förtroende för att nå patienten och att främja för samarbete vilket de av erfarenhet menar har betydelse för förändringssamtalens utfall.

Fysioterapeuterna beskrev hur de i och med MI-användningen i större utsträckning uppmärksammat vikten av att skapa förtroende inför patienten. För många patienter

innebär omställningsarbetet av en livsstil en större ansträngning både fysiskt som psykiskt därför är det av betydelse att patienterna får förtroende fysioterapeuterna. De upplever att när patienten känner förtroende för dem, då öppnar de upp sig mer och har en mer positiv attityd till förändringsarbetet. Det främjar också det goda samtalet menar terapeuterna. De berättade också hur de märkt att patienterna växer när de känner sig trygga och öppet får ge uttryck för sin situation. Fysioterapeuterna medgav att det är skillnad på hur de tidigare bemötte patienterna och därför har samspelet också förändrats. Utöver närvaro som en viktig aspekt i arbetet med MI ansåg de att förtroende är en viktig grund i ett gott samtal.

“Ja ett gott samtal... är ett samtal som byggs på förtroende, där man etablerar en kontakt som känns bra för båda parter”

Fysioterapeuterna var överens om vikten av att försöka nå patienten och främja för samarbete. När fysioterapeuterna lyckas komma närmre in på patientens person, framkommer oftare tydligare beskrivningar om individens situation jämfört med hur terapeuterna ansåg att patienten delade med sig av den personliga informationen tidigare. Den erhållna MI-kompetensen har hjälpt dem att nå till kärnan på patienten på ett mer fördelaktigt sätt.

Patienterna besitter inte samma kliniska vetenskap som fysioterapeuterna gör. Det finns en naturlig kunskapshierarki, det är därför patienterna söker deras hjälp. Som tidigare nämnts ser fysioterapeuterna att patienterna är experter på sig själva men att de kan om dem vill ha deras hjälp finns fysioterapeuterna behjälpliga med stöd och klinisk kunskap. De berättade att de anser att det är av stor vikt att patienterna också förstår att fysioterapeuten vill dem väl. Det handlar inte om att tvinga patienterna att göra övningar, börja träna flera gånger i veckan eller genomföra stora förändringar, för att terapeuten vet att det är bra, om inte patienten vill. Det måste vara på patientens villkor. De strävar efter en ”vi-känsla” med patienten.

” /.../att de förstår att det här är ingen person som vill tvinga mig på något sätt eller liksom utan det här kanske är av godo och det här känns... eh... det måste finns luft liksom”

Genom att skapa en allians med patientens upplever sig fysioterapeuterna ha bättre och mer givande MI-samtal men de ansåg även att det fordras kommunikativa färdigheter för en god interaktion med patienterna.

### *Kommunikation*

För att skapa ett gott klimat och en tillåtande samtalston är det viktigt att avväga vad man säger och hur man säger det, det kräver kommunikativa färdigheter. Interaktionen påverkas av fler detaljer än orden ansåg några av fysioterapeuterna. Kroppsspråk, ögonkontakt, förmågan att lyssna aktivt och innehållet i samtalet beskrevs vara viktiga aspekter i samspelet.

Av stor vikt ansåg fysioterapeuterna att kroppsspråket har för samtalets utfall. Det framkom ur intervjupersonernas svar att de genom kroppsspråk och ögonkontakt upplever att de kan bekräfta patienten. De kan engagera och vara närvarande i samtalet

utan att med ord reflektera över det patienten berättat. Fysioterapeuterna framhöll även möjligheten att få feedback av patienten genom att läsa av deras ögonkontakt och kroppsspråk. Genom att läsa av de icke-verbala uttrycken kan terapeuten spegla patientens situation och på så sätt leda samtalet vidare utan att uttrycka sig verbalt.

”/.../och det tycker jag är jätteviktigt att man har med sig det genom hela samtalet (...) att både med liksom kroppsspråk och frågor och reflektioner (...) det... det tycker jag är en sån viktig sak... och sen är det ju klart att... sen är det ju detaljerna runt ett samtal.. hur man varierar att vara tyst och lyssna... eh... aktivt... men inte bara med reflektioner och så vidare... utan låter patienten prata till punkt”

Fysioterapeuterna var överens om att samtalsklimatet är talande för när båda parter upplever samtalet som gott. Vilken ton ett samtal får beror på terapeutens förberedelser, tidigare information av kollegor och den egna attityden inför mötet samt patientens engagemang. Terapeuterna framhöll vikten av att backa och inte styra samtalet för mycket för att bibehålla ett så öppet klimat som möjligt för att nå fram till vad det egentligen handlar om för patienternas del. Genom skicklig avvägning för vart patienten befinner sig främjar det för en god atmosfär. När det råder gott klimat och god samtalston under ett samtal tror intervjupersonerna att patienterna känner sig sedda, respekterade, lyssnade på och bekväma.

Genom att lyssna på och summera patientens berättelse upplever fysioterapeuterna att patienterna ges möjlighet att fånga upp vad som är viktigt för honom eller henne i större utsträckning. När patienterna får prata om vad som är meningsfullt utifrån dem själva, och inte styrs utifrån fysioterapeutens kunskap och åtgärdsplan, då upplever terapeuterna ett bättre samspel. Det är ju så de ska arbeta, det är självklart men ändå annorlunda mot hur de tidigare har gjort berättade en respondent.

“/.../jag har blivit mer ödmjuk för hur... alltså först tänker man att alltså jag kan ju så mycket bra grejer jag vet vad du behöver... till att det vet jag ju inte alls det, men vi kan se vad du har testat innan och verkligen plocka fram det du har sen innan.. och det är ju klart att det är så vi ska jobba”

Resultatet visade att interaktionen mellan fysioterapeuterna och patienterna är viktigt för hur fysioterapeuterna upplever att samtalen leder till ändrat beteendemönster hos patienten. Fysioterapeuterna gav en samstämmig bild av att MI-kompetensen hjälpt dem att vara bättre i möten med patienterna vilket känns i hela kroppen när det sker, som en terapeut beskrev det.

## *II. Förutsättningar för det goda samtalet utifrån MI*

### *Praktisk kompetens*

Enhetligt beskrev fysioterapeuterna de tekniker de börjat använda för att locka fram patienternas förändringsprat. De redogör för den fördjupade praktiska kompetens som MI gett dem som terapeuter. De har utvecklat färdigheter för att locka fram ambivalens och egna reflektioner hos patienterna som fått en skrämselfdiagnos efter stroke eller slaganfall och som därför behöver finna motivation att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar. Fysioterapeuterna var överens om att de erhållna teknikerna oftast

fungerar mycket bra. De beskrev hur de med hjälp av, det som inom MI, benämns förändringshjulet undersöker vart i förändringsfasen patienten befinner sig. De exemplifierar BÖRS, skalfrågor, VAS-skalan och MI-stickan som verktyg de arbetar med. Att be patienterna om lov för att informera eller ge förslag beskrev fysioterapeuterna vara ett annat framgångsrikt MI-verktyg. Flera av intervjupersonerna beskrev även hur de använder sig utav bildspråket - att rulla med i stället för att brottas mot motstånd - för att framkalla förändringsprat.

“/.../som de så käckt säger inom MI... att man rullar med motståndet... men att man liksom dansar istället för att brottas... man eh.... men det tycker jag ändå säger en del”

Fysioterapeuterna var överens om att andelen öppna frågor ska överväga vid ett samtal. Centralt är också deras gemensamma inställning till användning av reflektioner. Utifrån dessa reflektioner kan terapeuterna välja ut nyckelord för att ge patienten möjlighet att explicit reflektera över sin situation. En fysioterapeut berättade hur tekniken, att reflektera utifrån utvalda nyckelord, är effektiv för att styra samtalet utan att patienten märker fysioterapeutens ansats.

”Det är inte alltid som man hittar rätt på nyckelorden... men man testar om man hittar rätt... man ger en reflektion tillexempel på ett ord och säger att... till exempel att -ja du säger att du är arg... och då kan man få det bekräftat och så kanske de säger att -ah jo det stämmer... då har jag ju hittat rätt (...) jag snappar upp vissa nyckelord som de säger som de kanske inte riktigt tänker på vad att de säger och så ställer jag ju liksom följdfrågor och reflektioner på det och på så sätt kan jag ju styra”

Fysioterapeuternas beskrivningar av den upplevda kompetensen för var de befinner sig i sitt MI-kunnande varierar. En terapeut medgav att MI-kursen gett henne flera nya verktyg att arbeta med men att hon glömt av en del, under intervjun ger hon uttryck för att hon inte riktigt minns hur hon ska använda vissa tekniker för dess fulla potential. En annan terapeut är själv utbildare på området för att upprätthålla användandet av teknikerna och anser sig därför tillfredsställd med sitt MI-kunnande. Genomgående var de överens om att MI-teknikerna hjälper dem att vara en bättre fysioterapeut.

Närvaro beskrevs vara en förutsättning för att kunna bekräfta, reflektera och summera det patienten berättat. Fysioterapeuterna menade att de har lärt sig hur ett samtal faktiskt ska gå till och hur viktig närvaron i ett möte är efter att de börjat använda MI. De inser att de tidigare inte varit så närvarande som de trott.

“/.../man får sig en tankeställare om just om det här med närvaro i samtal... så det är ju ah då inser man hur viktigt det faktiskt är”

“Eh... närvaro är det ju... framförallt från min sida då... det är väl egentligen det viktigaste... och engagemang att de ser att jag är intresserad”

Fysioterapeuterna berättade att det fordras särskild skicklighet av dem att känna av balansgången mellan att backa för ett ge patienten utrymme och att gå in med den information och expertis som de besitter. Om informationen kommer förtidigt i patientens förändringshjul kan det istället väcka motstånd. Terapeuterna beskrev att det krävts tålamod, övning och tid för att lära sig denna avvägning. En intervjuperson medgav att det är skillnad i hur hon nu förhåller sig till patienternas motivation och deras situation jämfört med hur hon förhöll sig tidigare. Om patienterna tidigare inte gav uttryck att vilja genomföra en beteendeförändring fortsatte hon att ge dem fler goda råd och övningar. Nu inser hon att det inte var fler goda råd de behövde utan att det handlade om när och hur hon förmedlade sin kunskap utifrån var patienten befann sig.

”/.../jag har nästan gått allt som går att gå tills jag kom till en punkt att det spelar ingen roll hur mycket jag kan utan det är ju hur jag förmedlar det.. varför gör de inte som vi säger?... ja men uppenbarligen sitter väl problemet hos mig och hur jag kan förmedla det.. och det kanske inte är så att det jag säger är rätt för den som sitter framför mig... vad vet jag om det? jag har blivit mer ödmjuk för hur.. alltså först tänker man att alltså jag kan ju så mycket bra grejer jag vet vad du behöver.. till att det vet jag ju inte alls det, men vi kan se vad du har testat innan och verkligen plocka fram det du har sen innan”

Fysioterapeuterna var eniga om att denna färdighet, att kunna förmedla information vid rätt tidpunkt, samt användningen av MI-teknikerna och den egna närvaron är förutsättningar de själva kan påverka för att kunna locka fram förändringspart hos patienterna. De beskrev även andra, yttre förutsättningar som kan inverka på användningen av MI i samtal om ändrade beteenden med patienter.

#### *Yttre förutsättningar*

Strukturella förutsättningar som rutiner för MI-användning, anhörigas förväntningar samt patients grad av ambivalens beskrivs vara yttre faktorer som påverkar fysioterapeuterna möjligheter att vara MI-mässiga.

Intervjupersonerna ansåg att de vill ta sig den tid MI fodrar, de tänker inte längre lika tidseffektivt vid patientmöten. Några av fysioterapeuterna upplever även att de oftast har tid att vara MI-mässiga i det dagliga arbetet, de beskrev hur de kan använda inslag av MI även vid kortare möten. Dock varierar respondenternas beskrivningar över hur de använder sig av MI utifrån hur rutinerna ser ut på arbetsplatsen. På ett sjukhus där en av fysioterapeuterna arbetar har de ett inarbetat arbetssätt att samtala om beteendeförändringar och livsstilsfrågor med alla patienter. Hon upplever att utrymmet finns och att de samtalen för hennes del blivit bättre med MI. En annan fysioterapeut berättade att hon inte anser sig ha den tid som hon tror är nödvändig för metodens fulla effekt utefter de strukturella förutsättningarna som råder på hennes arbetsplats. Hon träffar oftast patienterna i grupp, med uppföljningar efter dryga två månader och då endast i 15 minuter. Hon försöker att applicera MI så gott hon kunnat, dock anser hon att hon blivit tvungen att revidera metoden utifrån en stressig tillvaro. En tredje

fysioterapeut ansåg att även om resurserna är knappa, vilka de är på den arbetsplats hon är verksam inom, kan man förbereda sig så att tiden eller schemat inte blir en påverkande faktor för huruvida samtalen bli MI-mässiga eller inte. Terapeuterna är överens om att ett samtal med en patient sällan är MI från början till slut. I akuta situationer kan de till exempel inte använda MI fullt ut och vänta ut patienterna, men man kan använda andan berättade de terapeuter som har erfarenhet av akutsjukvård.

Fysioterapeuterna framhöll även anhörigas förväntningar som en yttre förutsättning som påverkar möjligheten att MI-mässigt samtala med patienter. En terapeut exemplifierar att det finns föräldrar som blir mycket frustrerade över att fysioterapeuten lämnar möjlighet för barnen att bestämma över sin situation. De kommer dit för att få hjälp och har ibland andra förväntningar än de som barnen och terapeuten har. Föräldrarna har därför svårt att acceptera ett barn som inte vill göra någon större förändring men med ett MI-mässigt förhållningssätt accepterar terapeuten patientens status-quo vill låta det ta den tid som behövs för att komma fram till förändringspratet med barnet. Terapeuten försöker framhålla att det är på barnens villkor men medger att föräldrarnas frustration påverkar henne och hennes förutsättningar att vara MI-mässig.

“/.../och föräldrarna är superfrustrerade för att de ska ju få råd för att få ordning på ungdomen... men även de lär sig jättemycket att det måste vara på deras villkor”

Vill inte patienten göra någon förändring spelar inte fysioterapeuternas ordinationer någon roll, vilket terapeuterna insett men ibland upplever som svårt att förmedla till de anhöriga. De vill ju ha ett friskt barn, det kan terapeuterna förstå.

Fysioterapeuterna var överens om att patienternas grad av ambivalens är en annan förutsättning för att MI-mässigt kunna hjälpa dem. Finns det ingen ambivalens då är det svårt att få patienterna att själva reflektera över möjliga förändringsalternativ eller ge råd menar fysioterapeuterna. En fysioterapeut säger följande om patienternas ambivalens som en grundläggande förutsättning för att hjälpa patienten till ändrat beteende.

”/.../alltså om man är en patient som inte ens börjat känna ambivalens... man har liksom inte ens blivit sugen på förändring då är det svårt att föra ett samtal... om de är riktigt riktigt långt bak i hjulet och det händer ju... och då är det.. då är det tufft. Då har man en stor utmaning framför sig... för då är motståndet så jättelätt att aktivera och eh... då... det är den största utmaningen tycker jag... finns det bara lite lite ambivalens då finns det lite att jobba på... man måste ha en liten grund i alla fall”

#### *Användbarhet*

Fysioterapeuterna beskrev olika möjligheter med MI-användningen. Utöver att MI fått stort genomslag inom hälsofrämjandearbete ser fysioterapeuterna också andra användningsområden som MI ändamålsenligt kan verka inom. Det effektivt utvecklade förhållningssättet, vilket tidigare presenterats i samband med insikter i och med erhållen



MI-kompetens, ger terapeuterna möjlighet att vara mer framgångsrika inom sin profession och hjälper dem i deras arbete menar de.

Flertalet gånger framhöll fysioterapeuterna hur MI med fördel kan appliceras inom olika användningsområden som till exempel på olika patientgrupper och deras anhöriga, bland kollegiet och på egna familjemedlemmar. Att använda MI för att inblanda patienternas närmaste i omställningsarbetet av till exempel kost- och aktivitetsgrad ser de som en god möjlighet då patienterna får stöd att bibehålla motivationen med ökat engagemang från anhöriga. Då försöker respondenterna med hjälp av MI fånga in dem i förändringen, något de upplevt fungerat väl. En av respondenterna exemplifierade hur en del föräldrar till en början blir förvånade när hon föreslår att hela familjen skulle behöva ändra om och endast ta en portion istället för två.

”/.../va ska de inte få ta två portioner... ah men du vet... att det är hela familjen som behöver ta en fundering på vad de gör... så där blir det liksom... alltså där känner jag att jag måste vara... jag får våga mina ord och det blir ännu viktigare vad de kan tänka sig att göra”

MI lämpar sig även väl på de anhöriga i arbetet med patienter med kognitiva nedsättningar. Genom att använda samma MI-mässiga förhållningssätt gentemot dem kan fysioterapeuterna söka nyttig information om patienterna det handlar om. Samstämtigt beskrev fysioterapeuterna även möjligheten att använda sig utav MI i arbetsgruppen. En fysioterapeut beskrev att det ibland blir krockar inom det större vårdteam hon arbetar. Krockarna tror hon beror på att de ser på patienten utifrån vad de anser vara bäst utifrån sin profession. Det kan vara läkare, arbetsterapeuter, psykologer och fysioterapeuter vilka ska arbeta mot samma mål, som bör vara patientens anser hon, men som inte alltid är fallet. När krockarna uppstår använder hon MI-tekniker för att med reflektioner och öppna frågor få kollegorna att tillsammans reflektera över situationen.

Utöver de olika användningsområden vilka fysioterapeuterna ansåg att MI lämpar sig inom var de eniga om att det personcenterade förhållningssättet fungerar mycket effektivt i deras dagliga arbete. MI-andan möjliggör arbetet med svårarbetade patientfall, att nå djupare in på patientens problem berättar de. Flera respondenter ger exempel på hur de oftare fått ta vid patienter som enligt rapport från kollegor varit ”svåra” och omotiverade att samtala med. Mot vetskapen av att andra kollegor behövt hjälp med en enligt rapport ”hemsk” patient upplever sig fysioterapeuterna ha mött personen där den befunnit sig och med framgång lyckats nå och vända patienten. De menar att de positiva utfallen berott på verktygen fysioterapeuterna erhållit i och med MI-kursen vilka möjliggör tidigare svårarbetade situationer. Under en intervju framkom ett exempel på en situation med en ung patient som var mycket svår att nå. Fysioterapeuten beskrev hur hon blev tillfrågad av sina kollegor som behövde hjälp. Med MI-verktygen lyckades hon få pojken, som hade en mycket trasslig bakgrund, att öppna upp sig vilket möjliggjorde att de kunde fortsätta arbetet. Så här beskrev hon situationen.

”/.../det gjorde ju att han berättade massor som ingen annan visste... som inte mamman visste som var viktigt att det kom fram... och han kände att han kunde berätta det.. och det tror jag att MI hjälpte mig att få fram... det var otroligt häftigt”

Det finns tillfällen då fysioterapeuterna anser sig vara begränsade i MI-användandet. Till exempel beskrev de att de upplever det svårare att använda MI fullt ut med vissa patientkategorier, även strukturella förutsättningar som stöd vid implementering av MI samt en fortsatt utveckling som begränsningar.

Enligt fysioterapeuternas svar varierar deras upplevelser av organisatoriska förutsättningar för implementering av erhållen kompetens efter avslutad MI-kurs. De var överens om att de på egen hand fortsatt MI-lärandet genom ”de goda erfarenheterna som kommer med tiden”, som en av deltagarna uttryckte sig. De uppgav att de önskat haft mer stöd för att komma in i användningen mer omgående. I och med att de på egen hand implementerat metoden till sitt arbetssätt utan uppföljning upplever de att de har reviderat teknikerna något. Då fragmenteras metoden och modifieras efter terapeutens ofta stressade arbetssätt något de tror påverkar helhetsupplevelsen av deras MI-kompetens.

”MI passar inte på alla” sa en fysioterapeut. Det finns olika patientgrupper vilka gör att de ibland upplever en viss begränsning att vara MI-mässiga. Fysioterapeuterna gav exempel på de palliativa och mycket gamla patienterna eller dem med kognitiva svårigheter. En fysioterapeut beskrev att de palliativa ofta är rädda och projicerar sin rädsla för situationen på henne. Hon menar att det är svårt att använda MI fullt ut på dessa patienter. När en patient ligger för döden har fysioterapeuterna till uppgift att utifrån sin profession, med fysisk aktivitet som främsta verktyg, förmildra den sista tiden. Hon upplever det begränsat att använda MI, i den utsträckning hon önskar göra, i de situationerna. Den personcentrerade samtalsmetoden ska locka fram till förändring och undersöka patientens motivation inför den förändringen vilket inte är möjligt fullt ut på den patientgruppen. Samtalskvaliteten blir begränsad men -”det kan bli vanliga, trevliga samtal ändå” berättade hon. Det finns även situationer då patienter redan tycker att de kan själva, är nöjda som det är eller inte kommer ifrån en kultur där de är vana att på egen hand reflektera över sin livssituation. Då begränsas MI-användningen och fysioterapeuterna får med större ansats börja längre bak i förändringshjulet för att arbeta tillsammans med dem.

“/.../då sa han bara att det där gör eller bestämmer jag mig för när jag vill”

”det är ju ibland svårt att acceptera att de inte vill”

### *Utveckling*

Under intervjuerna framkom fysioterapeuternas nyfikenhet över hur andra gör, behovet av en fortsättningskurs samt en förhoppning om att fler utbildningar integrerar MI i undervisningen. Det är ett väl anpassat arbetssätt inom den fysioterapeutiska professionen anser de men uttryckte samtidigt en saknad av den erhållna MI-kompetensen under deras tidigare sjukgymnastutbildning. Fysioterapeuterna var överens om att MI-kursen var en av de bästa vidareutbildningar de gått och önskade

därför att de fått erfarenheterna ännu tidigare. Det finns idag inga naturliga plattformar för utbyte av erfarenheter vidare utveckling upplever de, förutom för fysioterapeuten som själv är utbildare. Önskvärt bland intervjupersonerna var även en fortsättningskurs på ämnet för att utveckla sitt MI-kunnande i större utsträckning. Trots vissa begränsningar var alla sex intervjupersoner mycket positiva till MI som samtalsmetod i det hälsofrämjande arbetet. Därför hoppas de att ännu fler utbildar sig på ämnet, till exempel personal i arbetslagen. Fysioterapeuterna önskar att andra inom professionen också borde uppleva det de själva fått erfara tack vare MI. ”Om vi alla skulle ha lite mer MI-anda i oss skulle världen vara en bättre plats” avslutade en av fysioterapeuterna vår intervju.

Tabell 2. Beskrivning av två globala huvudteman utifrån sammanfattning av organiserade underteman utifrån deskriptiva basala teman från intervjuerna.

Globalt	Huvudtema	Underteman	Basala teman
I	Insikter	Fördjupad självinsikt	Ändrat samtalsbeteende Ökad tillit att möta motstånd Perspektiv
		Ändrad patientsyn	Autonomi Förväntningar Engagemang, delaktighet, tydlighet
		Alliansskapande	Förtroende Nå patienten Samarbetsfrämjande
		Kommunikation	Aktivt lyssnande, kroppsspråk Samtalsklimat, samtalston Meningsskapande samtal, innehåll
II	Förutsättningar	Praktisk kompetens	Tekniker Närvaro Informationsförmedling - balansgång
		Yttre förutsättningar	Rutiner för samtal, tid, strukturellt Anhöriga Ambivalens
		Användbarhet	Implementering, resurser Patientkategorier Fortsatt utveckling

## Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att mot bakgrund av samtalsmetoden MI undersöka fysioterapeuters tankar, känslor och erfarenheter av vad de upplever som ett gott samtal med patienter. Detta genom att studera hur fysioterapeuter med erhållen MI-kompetens arbetar med metoden i den kliniska verksamheten, hur de upplever den egna kompetensen på området samt vad de har för tankar/känslor kring arbetet med metoden. Nedan kommer studiens erhållna resultat att diskuteras utifrån fysioterapeutens fördjupade insikter om det goda samtalet samt förutsättningar för det goda samtalet utifrån MI.

### *Insikter om det goda samtalet utifrån MI*

Studiens erhållna resultat, som visade deltagarens fördjupade självinsikt och ökad tilltro till den egna förmågan samt upplevelsen av att oftare kunna hjälpa kollegor vid svårarbetade patientfall, är i linje med teorier om self-efficacy. Resultatet framhåller fysioterapeutens erfarenhet av att efter erhållen MI-kompetens oftare klara av patientsituationer som tidigare ansågs vara svåra, gånger då fysioterapeuten istället gav upp. Arbetet att möta och utgå ifrån patientens behov kräver uthållighet, tid och tolerans för att låta patienten göra jobbet. Den upplevda ökade tilliten och toleransen i arbetet med icke-ambivalenta patienter stärker Bandura (1997) tes om att människor med högre självtillit även är mer uthålliga vid utförandet av uppgifter och därmed ökar möjligheterna att en uppgift slutförs. En högre självtillit främjar även för att individer ska ta sig an än utmanande uppgifter, vilket studiens fynd stärker. Fysioterapeuten upplever sig nu vara mer trygg i att möta motstånd från svårarbetande patienter och gillar därför nu istället den utmaning det kan innebära.

Vad gäller frågeställningen om hur fysioterapeuten upplever samtalsmetoden och sin kompetens visade resultatet en upplevelse av ökad meningsfullhet i arbetet att hjälpa patienterna att hjälpa dem själva. Insikten om att MI inneburit ytterligare en dimension i arbetet överensstämmer med tidigare beskrivna sociologiska teorier om symbolisk interaktion vilka beskriver människan som en fundamentalt meningsskapande individ som söker förstå vår omgivning (Benzies & Allen, 2001). Resultatet av föreliggande studie visar att MI-metoden har hjälpt fysioterapeuten i samspelet att närma sig patienten för att få en gemensam bild av patientens situation vilket ökat möjligheterna att också förstå det patienten vill. Möjligheterna som MI-användningen inneburit för att öka förståelsen för patienten och dennes situation kan förklara aspekten av upplevd meningsfullhet som tillskrivit arbetet ytterligare en dimension.

Den terapeutiska utvecklingen för behandlaren efter erhållen MI-kurs är inte särskilt utforskad. Utifrån fynd i föreliggande studie är det dock en intressant frågeställning att vidare studera. Fysioterapeutens fördjupade självinsikter om bland annat fördjupad självinsikt har resulterat i en upplevelse av att ha blivit en bättre behandlare och även medmänniska. Tidigare forskning som gjorts för att undersöka behandlarnas kompetensnivå har undersökt behandlarnas upplevda kompetens jämfört med kvantifierad kodning. Resultaten från den studien visar att självskattningen av egen kompetens inte nödvändigt korresponderar varför vidare forskning gjorts för att stärka bedömningsunderlagets reliabilitet och validitet för behandlarnas skicklighet och

utveckling (Brosan et al., 2008; Forsberg et al., 2007). Mot bakgrund av ovanstående teorier om self-efficacy kan studiens fynd av fysioterapeutens upplevelse av ökad självförtroende och en utvecklad kompetens i arbetet, efter erhållen MI-utbildning, förklara en viss terapeutisk utveckling. Fynden kan alltså ligga till grund för vidare studier av korrespondens mellan vad som upplevs vara ökad kompetens hos fysioterapeuten mot vad som bedöms vara goda MI-färdigheter.

Fysioterapeutens upplevelse av att samspelet mellan dem och patienterna ändrats något förklaras bland annat utifrån utvecklade kommunikativa färdigheter. Genom att med kroppsspråk och ögonkontakt och andra detaljer variera det aktiva lyssnandet kan fysioterapeuten ändå kommunicera och bekräfta patienten utan att vara verbal, något som haft effekt vid samtal om förändring. Att patientmötet handlar lika mycket om det som sägs under ett samtal som om det som händer utanför det som faktiskt sägs går i linje med tidigare presenterade teorier kring symbolisk interaktion som menar att individer också söker meningar i andra koder och symboler utöver vad som uttrycks verbalt (Benzies & Allen 2001). Fynden från föreliggande studie går att tolka som att fysioterapeuten upplever samspelet, partnerskapet och samarbetet med patienter mer ömsesidigt än tidigare. En aspekt skulle kunna vara att fysioterapeuten nu är mer jämlik patienten och i mindre utsträckning utgår ifrån rollen som expert. Förväntningarna om att fysioterapeuten ska ge det patienten saknar finns inte längre, utan patienten är expert på sin situation och fysioterapeuten stödjer dennes autonomi för att finna egna lösningar till förändrat beteende.

Charon (2009) menade att människor utifrån de roller vi tagit eller blivit tilldelade också tillskrivs förväntningar, till exempel förväntningar på behandlarens expertis att hjälpa en patient utifrån en viss kunskaps hierarki. Föreliggande studiers resultat visade att fysioterapeuten nått en annan dimension utifrån den aspekten. I och med fördjupad självinsikt i sitt arbetssätt och med andra förväntningar på patienten rullar nu fysioterapeuten med patienten i ett partnerskap istället för att brottas emot motstånd utifrån sin kunskap, då ges mer autonomistöd för patienten. Utifrån självbestämmande teorin (e.g. self-determination theory) skulle det förbättrade samspelet mellan fysioterapeuten och patienten, vilket föreliggande studie belyst, kunna förklaras utifrån den aspekt att patienten upplever mer kontroll över sin situation samtidigt som fysioterapeuten backat tillbaka i samtalet. Resultatet av denna studie visade att fysioterapeuten har frångått den vanliga föreställningen om att denne vet vad som är bäst för patienterna och därefter utfört en åtgärd, istället har de tillskrivit patienterna förväntningar om att de kan anses vara experter på den egna situationen.

#### *Förutsättningar för det goda samtalet utifrån MI*

Betydelsen av MI-verktygen i fysioterapeutens arbete att arbeta utifrån patientens autonomi var framträdande i resultatet. Den egna praktiska kompetensen har utvecklats och hjälpt fysioterapeuten att ha vad som upplevdes vara bättre patientsamtal. Användningen av teknikerna varierar mellan patientgrupper och situationer vilket enligt Miller och Rollnick (2002) anses vara lämpligt utifrån syftet att anpassa delar av MI-metoden utifrån patienten och dennes situation vilket är i linje med föreliggande studiers resultat.

Dock visade resultatet av denna studie att fysioterapeuten ansåg att metoden, med dess tekniker, har modifierats efter införandet av MI i det dagliga arbetet. Det finns en upplevelse av att metoden kanske inte används utifrån dess fulla potential. Att MI-kompetensen applicerats på det egna arbetssättet utifrån tidigare rutiner och därmed begränsat metodens möjliga användningspotential går i linje med Gulbrandsson (2007) som menade att för att lyckas använda erhållen kunskap till dess fulla potential fordras en kombination av olika insatser som vidareutbildning, praktisk träning, återkoppling, fortlöpande stöd, tillräckligt avsatt tid och tillräckliga resurser. Det vore alltså av vikt att stödet för implementering av MI ökar vilket även Söderlund och Nilson (2008) visat med sin studie om MI-lärande för sjukvårdspersonal. Föreliggande studies resultat belyser ovanstående studiers fynd att det tycks finnas begränsningar för att applicera MI i den kliniska verksamheten efter utbildning på grund av bristande stöd vid implementering. Det erhållna resultatet, likt slutsatser från Söderlund och Nilson (2008), visar därför att det fordras mer insatser och utveckling för ännu bättre MI-användning vid samtal med patienterna i den kliniska verksamheten.

Utöver ovanstående fynd framhöll resultatet från föreliggande studie även fysioterapeutens positiva inställning för metoden inom andra användningsområden. Andra områden som fysioterapeuten också prövat att använda MI inom var bland annat med patienternas anhöriga, de egna familjemedlemmarna och inom kollegiet även då upplevdes effektfulla samtal. Fynden är i linje med annan forskning som gjorts då MI studerats i närvaro av en signifikant annan person för stöd vid förändring av beteende. Utöver stöd för patienten kan en anhörig även bidra med relevant information patienten själv inte delgivit. Dock menar Burke (2002) att förenat MI-arbete med en signifikant annan person kan innebära vissa svårigheter. Denna person kan även framkalla status-quo hos patienten varför behandlaren behöver vara medveten om det. Studien belyser ändå värdet av att ett genomförande av MI med två parter kan vara positivt förstärkande i förändringsarbetet (Burke et al, 2002). Vid arbete med patienten och dennes anhöriga kan MI-metoden alltså fungera väl, likt det erhållna resultatet i denna studie också visat.

Ytterligare fynd från föreliggande studie visade att fysioterapeuten med fördel använt MI bland kollegiet för att söka förståelse och samarbete i det gemensamma arbetet. Utifrån fysioterapeutens goda erfarenheter av MI i arbetsgruppen reflekterade författaren över den möjliga effekt MI skulle kunna ha vid personalarbete som under medarbetarsamtal och i arbetet med organisationsförändringar eller annat arbete vilket innefattar möten människor emellan. Dessa situationer innebär också en förmåga av ledare att kunna engagera och motivera för främjande av god arbetsrelaterad hälsa bland personal. Organisationsförändringar innebär att personal/individer ska genomgå både strukturella som personliga förändringar, skulle möjligen MI som förhållningssätt kunna fylla en funktion även i de kontexterna? MI har vissa likheter med Mc Gregors motivationsteorier om personlighet X och Y inom organisationer (Neuliep, 1996). Framförallt likställs MI med teori Y då MI-andan kan jämföras med en något mer uppskattande behandlar- eller ledarskapsstil för att lyfta fram styrkor hos patienter och medarbetare inom en organisation vilket framhållits i en studie gjord av Cooperrider och Whitney (2005). Av vikt är dock att reflektera över vems intressen som är i fokus, att använda MI i affärsliv eller andra organisatoriska kontexter för att få medarbetare och individer att bli mer lättstyrda är inte detsamma som att främja deras motivation till förändring och anses därför inte vara förenligt med MI (Miller & Rollnick, 2013).

För att bemöta andra individer med respekt och närvaro oavsett om de är i egenskap av patienter, anhöriga eller kollegor kan samtalsmetoden utifrån föreliggande resultat med fördel appliceras inom olika användningsområden. Det handlar om att vara en god medmänniska genom respektfulla möten. MI-användning avser att behandlaren vågar släppa den egna kontrollen och i stället tillåter den andra personen i mötet vara i fokus. Detta genom förmedling av empati, en känsla för dennes värld och den personliga betydelsen, som om det vore den egna men utan att behandlaren någonsin förlorar kvalitén ”som om”.

### *Metoddiskussion*

I denna studie intervjuades sex respondenter. Urvalets bredd kan diskuteras utifrån de kvalitativa variationer vilka kan tänkas finnas bland fysioterapeuter arbetande med MI. Förhoppningen var att göra rekryteringen bred genom att bland annat söka fysioterapeuter på andra orter, på sjukhus, mindre vårdcentraler och kommuner samt inom olika sektorer. Det erhållna snöbollsurvalet speglade slutligen inte den bredd som först eftersträvades vilket kan antas ha begränsat möjliga variationer. Ett snöbollsurval behöver inte nödvändigtvis innebära att urvalet är begränsande. Däremot bör det framhållas att författaren i mindre utsträckning har kunnat påverka det slutgiltiga urvalet i och med minskad möjlighet till kontroll över den specifika och något likasinnade grupp deltagare vilka rekryterades. Intressant hade det därför varit att vidare utöka urvalet genom att inkludera andra fysioterapeuter, exempelvis manliga, med erhållen MI-kompetens för att se om andra aspekter av arbete med MI inom den fysioterapeutiska professionen framkommit.

Trots att ämnet för studien inte ansågs vara särskilt känsligt för deltagarna är det ändå av vikt att framhålla att rollen som student kan ha påverkat deras svar vilka kan tänkas ha normerats utifrån vad de ansåg vara bra kunskap om MI. Dessutom är det rimligt att anta att jag som oerfaren intervjuare haft en inverkan för de svar vilka framkom. Under studiens gång upplevdes intervjupersonerna mer detaljerade, något jag härleder till min egen förmåga att hålla intervjuerna. Mer erfarenhet av genomförande av semistrukturerade intervjuer kan tänkas ha varit fördelaktigt men samtidigt ansågs urvalet vara mättat och avstannat efter de genomförda intervjuerna utifrån föreliggande studies frågeställningar.

### *Slutsats*

Ambitionen med föreliggande studie har varit att få mer information om hur fysioterapeuter upplever och arbetar med den relativt nya samtalsmetoden MI i ett hälsofrämjande perspektiv. Utifrån detta fokus vore det också intressant att fortsatt studera kopplingen mellan upplevelsen av MI-användning mätt med kvantifierad kodning. Föreliggande studies resultat kan även ligga till grund för vidare forskning av den terapeutiska utvecklingen inom MI. Meningsfullt blir resultatet även för fortsatt etablering och utveckling av samtalsmetoden inom andra användningsområden som till exempel vid personalarbete samt för vidare integrering av samtalsmetoden vid utbildning av beteende- medicinska områden.

## Referenser

- Alm, C., & Frodi. (2008). Tales from the Shy: Interviews with Self- and Peer-Rated, Shy and Non-Shy Individuals Concerning their Thoughts, Emotions, and Behaviors in Social Situations *Qualitative Research in Psychology*, (5) 127–153.
- Arkowitz, H., & Miller, W.R. (2008) Learning, applying, and extending motivational interviewing. In: Arkowiz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S, editors. *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: The Guilford Press; 2008. s. 1–25.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic Networks: an analytic toll for qualitative research. *Qualitative Research*, 385-405.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: *The exercise of control* (pp. 15-40) Freeman and Company. Unites States of America.
- Benzies K. M., & Allen M. M. (2001) Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 541–547.
- Blumer H. (1969) Symbolic Interactionism. *Perspective and Method*. University of California Press, Berkely and Los Angeles.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581-587.
- Burke, B. L., Vassilev, G., Kantchelov, A., & Zweben, A. (2002). Motivational interviewing with couple. I: W. R. Miller & S. Rollnick (red), *Motivational interviewing: preparing people for change* (2ed., s347-361). New York: Guilford Press.
- Butler, C. C., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008) Motivational interviewing in health care: *Helping patients change behavior*. New York: Guuilford Press.
- Charon, J. (2009) Symbolic Interactionism. An Introduction, An Interpretation, An Integration, 10th edn. *Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ*.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: A positive revolution in change*. San Francisco: Berrett- Koehler Publichers.
- Diamantoglou, N. (2013). Effects of Motivational Interviewing on Outcome in Physiotherapy Interventions - A Systematic Review.
- Forsberg, L., Kallmen, H., Hermansson, U., Berman, A. H., & Helgason, A. R. (2007). Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: inter-rater



reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cogn Behav Ther*, 36(3), 162-169.

- Forsberg, L., Forsberg, L., G., Lindqvist, H., & Helgason, A., R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study.
- Forsberg, L., Beckaman, M., Forsberg, L., Lindqvist, H & Ghaderi, Ata. (2013). Implementering av Motiverande samtal i Sverige; utvärdering och utveckling.
- Guldbrandsson, K. (2007). Från nyhet till vardagsnytta. Statens folkhälsoinstitut, ISBN: 978-91-7257-531-8.
- Hettema, J. E., Ernst, D., Williams, J. R., & Miller, K. J. (2013). Parallel processes: Using motivational interviewing as an implementation coaching strategy. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Truler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health service research*, 42 (4), 1443-1463.
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. (2011). Besökt senast 21 maj 2014. Hämtad från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
- Neuliep, J.W. (1996). The Influence of Theory X and Y Management Style on the Perception of Ethical Behavior in Organizations, *Journal Of Social Behavior & Personality*, 11(2), 301-311.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of social and clinical Psychology*, 24, 811-831.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing: Helping People Change* 3<sup>rd</sup>. Svensk utgåva Natur & Kultur, Stockholm.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with *problem drinkers*. *Behavioral Psychotherapy*.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*, 72(6), 1050-1062. doi: 2004-21587-015 [pii] 10.1037/0022-006X.72.6.1050.

- Prochaska, J. O., Velicer W. F.(1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP*.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55, 305-312.
- Rogers, C. R. (1989). The interpersonal relationship: The core of guidance. I: C.R. Rogers & B. Stevens (red), Person to person: the problem of being human (s. 89-103). *Moab: Real People Press*.
- Statens folkhälsoinstitut, Motiverande samtal i primärvården. (2010). Besökt senast den 24 maj 2014. Hämtad från: <http://xn--folkhsostmman-9hbf.se/PageFiles/8327/Motiverande-samtal-i-primarvarden.pdf>
- 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.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm, Sverige: Vetenskapsrådet
- Walton, M. (1986). *The Deming management method*. New York: Perigee.

Bilaga 1. Informationsbrev till fysioterapeuter/enhetsansvariga.



**Stockholms  
universitet**

**Informationsbrev – fysioterapeuters upplevelser av MI.  
En intervjustudie.**

Mitt namn är Johanna Helinder och jag läser personal-, arbete- och organisationsprogrammet 180hp vid Stockholms universitet. I ett avslutade examensarbete vill jag undersöka sjukgymnasters erfarenheter av arbetet med Motiverande samtal (MI).

Tidigare studier har undersökt MI och dess effekt vid beteendeförändringar i arbete med missbrukar- och riskbeteenden. Trots att stora resurser lagts ned på utbildning och implementering av MI i syfte att arbeta hälsofrämjande är informationen knapp om hur metoden används inom den fysioterapeutiska professionen. Därför är just dina erfarenheter värdefulla!

Här med tillfrågas Du att delta i en intervjustudie. Intervjuerna uppskattas pågå i ca 30 min, plats bestäms enligt överenskommelse.


- Ditt deltagande är frivilligt, du har när som helst under studiens gång möjlighet att avbryta.
- Önskvärt är att intervjun spelas in för transkribering för att arbetet ska bli så tillförlitligt som möjligt, självklart endast genom överenskommelse. Ljudinspelningarna raderas vid avslutat arbete.
- Det inspelade materialet kommer att behandlas konfidentiellt och kommer endast att användas i arbetet med denna studie vilken kommer att granskas av handledare och en mindre grupp studiekamrater. Om du senare vill ta del av studien går det bra.

Om du har några frågor eller andra funderingar kontakta någon av nedanstående:

Student,  
Johanna Helinder

  
[johanna.helinder@gmail.com](mailto:johanna.helinder@gmail.com)

Handledare,  
Margareta Simonsson Sarnecki

  
[msi@psychology.su.se](mailto:msi@psychology.su.se)

Tack för ditt engagemang, det är värdefullt!

Bilaga 2. Intervjuguide.

## **Intervjuguide sjukgymnasters upplevelse av MI -**

Note:

Slå på mikrofon.

Informera om;

→ tema: sjukgymnasters erfarenheter av MI

→ syfte: få undersökningar gjorda inom sjukgymnastik.

→ etik: frivilligt deltagande och kan när som helst avbryta, Intervjun önskas spelas in, inspelat material behandlas konfidentiellt, ok?

Har deltagaren några frågor?

Inledning presentation:

Intresserad av Dina erfarenheter och tankar, det finns inga rätt eller fel.

Jag vill ta del av dina upplevelser.

Intervjun beräknas att ta ca 30-40min. Jag kommer att hålla koll på tiden.

Om jag skulle behöva komplettera med information går det då bra att jag kontaktar dig igen?

### **Område 1: Vad har sjukgymnasten för tankar om det goda samtalet?**

1. Vill du beskriva vad ett bra samtal med en patient är för dig?
2. Kan du ge exempel på när du upplevt ett välfungerande samtal med patient?  
Vad/hur gjorde du?  
Vad gjorde/hur responderade patienten?
3. Kan du ge exempel på när du upplevt ett icke- fungerande samtal med patient?  
Vad/hur gjorde du?  
Vad gjorde/hur responderade patienten?

### **Område 2: MI som samtalsmetod vid hälsofrämjandearbete. Hur arbetar sjukgymnasten?**

4. Vad tänkte du först på när du hörde ämnet för den här intervjun?  
Vad betyder MI för dig?
5. Vill du beskriva hur du använder dig av Motiverande samtal i ditt arbete?  
Tillvägagångssätt (hur)? Exempel på situationer (när)?  
Kan du ge exempel på när MI fungerat bra/mindre bra?
6. Vill du beskriva hur du tror att MI har påverkat ditt arbete som sjukgymnast jämfört med hur du arbetade innan utbildningen?  
Har du kanske kommit till egna insikter under utbildningen/ i arbetet med MI? Vill du berätta?

Har sjukgymnasten berört bedömningskriterierna utifrån vad som kodas som ett gott samtal? Nämner respondenten något av följande:

- Locka fram – Öppna upp för samtal om förändring
- Samarbetsfrämjande – Uppmuntrande till kollaboration
- Autonomi – Upplevelse av egenkontroll **Vill du beskriva hur du gör för att skapa en känsla av autonomi/upplevelse av egenkontroll hos patienten?**
- Styrning – Guidning till valt målbeteende. Bibehållet fokus. **Hur gör du för att guida/styra patienten genom ett MI-samtal? Exempel på hur det kan låta?**
- Empati – djup förståelse för klients utgångspunkt utan att denne redogjort för hela sammanhanget.

Stödfrågor för att fördjupa/ fånga upp respondentens berättelse:

- Hur menar du då?
- Vad hände med dig då?
- På vilket sätt?
- Vad betyder det för dig?
- Hur känns det?
- Vad gjorde du då?
- Hur menar du att det hänger ihop med (frågan)?
- Innan nämnde du...
- Vad innebär det?
- Vill du utveckla?
- Ja jag tror att jag förstår hur du menar
- Det är en spännande erfarenhet/synpunkt

Avslutningsvis, finns det något du mer på området du skulle vilja ta upp kring ämnet?

### **Bakgrundsfrågor**

Ålder:

Kön:

Hur länge har arbetat som sjukgymnast?

Inom vilket eller vilka områden?

Varför arbetar du som sjukgymnast?

Vill du lite kort beskriva din utbildningsbakgrund fysioterapiutbildning/fortbildning/MI

