

Att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid

En intervjustudie om vårdpersonalens upplevelser av att
arbeta med patienter med fetma och tobaksberoende

Författare

Ulla Lennartsson

20100527

Förord

Tack till er mina fantastiska arbetskamrater som har gett mig stöd i detta arbete, med kommentarer och synpunkter och fram för allt att ni orkat lyssna på mig.

Tack till alla ni som ställde upp och ville dela med av er kunskap och värdefulla erfarenheter till denna studie. Jag har lärt mig mycket av er som berättat mitt eget arbete och förhållningssätt till de patienter som går hos mig för hjälp.

Tack också, min underbara familj, Mats min livskamrat och mina barn Joakim & Rebecka, med Benjamin (första barnbarnet), Josefín, Jonas och Andreas som alltid har uppmuntrat mig med glada hejrop.

Slutligen ett stort Tack till Marja Schuster som varit min handledare, som med en pedagogs ögon har granskat min uppsats och gett mig nya infällsvinklar, detta har berättat mig väldigt mycket.

Institutionen för utbildningsvetenskap med inriktning

Tekniska, estetiska och praktiska kunskapsområdet (UTEP)

Avdelningen för yrkeskunnande och lärande

Examensarbete 15 hp

Att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid (X-X hp)

Vårterminen 2010

Examinator: Marja Schuster

English title: To help individuals to Maintain a Lifelong change of behaviour

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka sjukvårdspersonalens upplevelser av att kunna påverka individer att förändra sin livsstil och vidmakthålla förändringen över tid. Mina frågeställningar var:

Hur arbetar personalen med livsstilsförändringar? Hur arbetar personalen med att vidmakthålla förändringen över tid? Vilka problem upplever personalen i sitt arbete?

Hur kan sjukvårdspersonal stärka en individs förmåga att vidmakthålla motivationen för en livslång förändring av sin livsstil? Metoden som användes var kvalitativa intervjuer. Teoretiska inspiratörer var Stephen Rollnick, William Miller som författare och upphovsmän till Motivational Interviewing, den samtalsmetod som är verksamt när det gäller att vägleda individer genom förändring, James Prochaska och Carlos Di Clemente som hjälpte mig att förstå

förändringsprocessen, samt Aaron Antonovsky hans Salutogena perspektiv på hälsa. Resultatet av min undersökning visade att det är viktigt att lyssna in patienters syn, tankar om sitt problemområde och utgå därifrån när en förändring ska göras. Samtliga använder sig av det Motiverande samtalet i patientmötet och ett individcenterat förhållningssätt, att uppmuntra och locka fram patienternas egna resurser är centralt och hjälper dem att ge stöd till patienterna när de ska göra en livsstilsförändring. Respondenterna är föregångare när det gäller ett Hälsöfrämjande synsätt som inte har genomstrålat Hälsa-och sjukvården ännu år 2010. Detta innebär att personalen som vill arbeta utifrån ett Hälsöfrämjande perspektiv har fått kämpa för att få göra det, de har fått möta motstånd, spydig kommentarer och även hot om och indragningar av en sådan verksamhet.

Nyckelord

Vidmakthålla, Beträdnadsförändring, Obesitas, Hälsöfrämjande, Transteoretiska modellen, Fysisk Aktivitet, Tobaksavvänjning, Motiverande Samtal

Abstract

The purpose of my study was to find out how Health-Professionals experiences of influence individuals to change their Lifestyle and maintain of that change over long time. My questions were: How are the Health-professionals working with lifestyle changes? How are the Health-professionals working with maintenance a change of lifestyle lifelong? What kind of problem are the Health-professionals experiencing in their work?

The method I used was qualitative interviews because I wanted to get the Health-Professionals experiences about why individuals have difficulties to maintain a change of there Lifestyle over time. Theoretical inspiration was Stephen Rollnick, William Miller the authors to Motivational Interviewing, a method which is used to guide individuals through the change, James Prochaska and Carlos Di Clemente who are helping me to understand the stages of change, even Aaron Antonovsky who showed me the perspective of Salutogenes, and finally Linda Ewles and Ira Simeit who has given me useful guides in Health promotion in the Primary Health Care. The results of my study show that it is important to listen to the patient's views, thoughts about their problem and start from that point of view when a change will be done. All the participants are using the Motivational interviewing in the dialogue with the patients. They have a person centered approach, to encourage the patients own resources is a central part and helping them to support the patients while they are doing their lifestyle change. It is not obvious that this view of Health promotion has been a natural part of the Health Care system by the year 2010, the participants has met resistance, malicious comments, and even threats against and also withdrawal of such health promotion work.

Keywords

Maintenance, Behavior change, Obesity, Health promotion, Trans theoretical model/Stages of Change, Physical Activity, Tobacco cessation, Motivational Interviewing

Innehållsförteckning

Förord	1
Nyckelord	2
Keywords	3
Innehållsförteckning	4
Inledning	6
Bakgrund	7
Fysisk Aktivitet.....	7
Fetma	8
Fetma och psykosociala problem	8
Orsaker till Fetma	9
Behandlingsmetoder vid Fetma	10
Fysisk aktivitet.....	10
Tobaksberoende	11
Behandlingsmetoder	12
Att förändra ett beteende.....	12
Motiverande samtal (Motivational Interviewing)	14
Hälsa.....	16
Aktuell Forskning	18
Attityder hos Sjukvårdspersonal	18
Syfte	19
Frågeställningar	19
Metod	20
Den kvalitativa forskningsintervjun	20
Urval och kontakt	20
Urval.....	20
Genomförande av intervjuer	21
Databearbetning.....	22
Studiens tillförlitlighet/trovärdighet, Validitet/reliabilitet	23
Ethiska aspekter	24
Resultat	25
1. Att arbeta med livsstilsförändringar.....	26
2. Att vidmakthålla livsstilsförändringar	29

3. Svårigheter i arbetet:	31
---------------------------------	----

Resultatsammanfattning	33
-------------------------------------	-----------

Diskussion	34
Metoddiskussion	34
Resultatdiskussion	35
Fortsatt forskning	39
Referenser	40
Internetskällor:.....	41

Inledning

Hälsofrämjande arbete är en viktig del av primärvårdens arbete, där insatserna handlar om att förhindra att en specifik sjukdom uppstår. Hälsa är grunden för uppnåendet av människors realistiska potential. Där synen har gått från att se individen som "passiv och exponerad" till "en aktiv och ansvarstagande" individ. Det hälsofrämjande arbetet handlar om att förstärka individens egen förmåga, att ge människor kraft att bli allt det som de har kapacitet för att bli, att ge dem möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa.

WHO har identifierat nyckelaspekter på hälsa som innehåller detta synsätt och rekommenderar: "att hälsa betraktas som den grad i vilken individer eller grupper är kapabla att, å ena sidan, öververkliga sina mål och tillfredsställa sina behov, och å andra sidan, förändra eller hantera sin omgivning. Hälsa ska betraktas som en resurs i det dagliga livet, inte som livets mål; det är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser såväl som fysisk kapacitet".¹ Hälsosenen i Södertälje är en motagning i Stockholms län, som har utgångspunkt i det hälsofrämjande synsättet, i en beteendefriktad behandling av livsstilsproblematik. Personer med fetma/obesitas, personer som är fysiskt inaktiva och individer med tobaksberoende kan söka själva eller remitteras till Hälsosenen från andra vårdgivare för hjälp. Gemensamt för behandlingen i dessa tre områden är att fokus för förändringen är att ändra beteende och lära in nya vanor, antingen i grupp eller individuellt.

Individer med fetma och tobaksberoende har gemensamma erfarenheter av lyckade försök att gå ner i vikt eller sluta röka/smusa, men även flera misslyckanden när man efter ett tag återfaller i sitt gamla beteende. Oftast sker dessa återfall i situationer av kris, sorg eller stress. Detta resulterar i en känsla av hopplöshet, och en sämre tillit till sin förmåga att klara av en varaktig förändring. Som hälso- sjukvårdspersonal är det lätt att känna både besvikelse och frustration över sin egen oförmåga, "individerna gör ju inte i alla fall som vi säger", trots ett ihärdigt arbete så blir resultaten inga alls eller viss framgång och sedan återfall tillbaka i det gamla beteendet.² Personalen på Hälsosenen har samma erfarenhet av återfall hos patienter, och det har blivit ett stort samtalsämne och personalen har även det som en del i det kontinuerliga kvalitetsarbetet av behandlingen. Frågor som man ställer sig är: Hur kan vi förbättra och utveckla metoden som används så att den kan stärka individer att vidmakthålla de nya strategierna i livets alla skeenden? Vad behöver man förändra i förhållningssättet till individerna eller i behandlingsupplägget? Denna studie fokuserar

1. Ewies, Linda & Simnett, Ina; Hälsöarbete 2:a upplaga 2005; sid 21; Studentlitteratur

2. Arborrelius Elisabeth; Varför gör dom inte som vi säger – sid 10; HSN media Stockholms Läns Landsting 1996

på personalens upplevelser av sitt arbete med att påverka individer till en förändrad livsstil inom hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Fysisk Aktivitet

Människokroppen är byggd för rörelse, kropp och själ mår bra av fysisk aktivitet. Regelbunden fysisk aktivitet minskar också risken för en för tidig död.³ Det finns flera faktorer som avgör hur mycket en person förbättras med ökad aktivitetsgrad. En viktig faktor är den träningsgrad individen har från början. Störst effekt får den som är helt otränad jämfört med den som är vältränad. Andra viktiga faktorer är frekvens = hur ofta utförs träningen? duration = hur länge pågår ett pass? och intensitet = hur hårt/intensivt är passet?⁴

Man kan dela upp den fysiska aktiviteten i tre delar: NEAT, motion och träning. NEAT står för "non exercise activity tissue" och är all form av kroppslig aktivitet som inte är ren motion eller träning och eller det som vi kallar vardagsmotion. Hit räknas all form av muskeltaktivitet i det dagliga livet, som att gå i trappor, stå istället för att sitta, mm. Motion är en medveten fysisk aktivitet som syftar till att ge ett ökat välbefinnande och förbättrad hälsa. Målsättningen med träning är att öka prestationsförmågan, och det är det som används inom idrotten.⁵ "Smygmotion" i vardagslivet har påvisbara effekter och bör stimuleras. Därför är det viktigt att undanröja mentala hinder för fysisk aktivitet som att utföra själva det fysiska arbetet.⁶

Den totala mängden fysisk aktivitet är en kombination av intensitet, varaktighet och frekvens, som är relaterade till olika hälsovariabler i ett så kallat dos-respons-förhållande. En sammanfattning av de hälsofrämjande rekommendationerna lyder:

*Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara ämningens måttligt, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten.*⁷ Denna rekommendation bygger på

3. FVSS 2008; Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, sid 11; Statens Folkhälsoinstitut 2008:4

4. ibid; sid 12

5. Edlund Klara & Zethelius Björn; Fetma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi; sid 173, Studentlitteratur 2009

6. FVSS 2008; sid: 454

7. ibid; sid 38

amerikansk rekommendation som publicerades 1995 av ett 20 tal experter inom epidemiologi, fysiologi och medicin.⁸

Fetma

Fetma/Obesitas enligt IOTF (International Obesity Task Force) är ett tillstånd där BMI (Body Mass Index) hos en individ överstiger 30. BMI definieras som kvoten mellan en individs kroppsvikt (i kilo) och kvadraten på kroppslängden (räknat i meter).

$BMI =$
 $vikt(kg)$

$\frac{Längd \times 2^2}$

Kroppsvikten är resultatet av energibalansen, det vill säga intag minus utgifter. Det kan vara enkelt att minska intaget med några hundra kilo kalorier per dag men svårare att öka utgifterna.¹⁰

Antalet personer med fetma har ökat konstant under de senaste decennierna i Sverige men även i stora delar av världen. Enligt WHO betraktas fetma som ett av de största globala hälsoproblemen i modern tid. I Sverige har ungefär 10-12 % av den vuxna befolkningen fetma, och skriver Ingela Meilin "att det är en enorm flodvåg som sköljer över oss och tornar upp sig till ett gigantiskt folkhälsoproblem med epidemiska proportioner, ökningen är explosionsartad."¹¹

Fetma och psykosociala problemen

Psykosociala problem kopplade till fetma är omfattande och svåra för både kvinnor och män. Det är besvärligt att prova och köpa kläder, bada offentligt, även deltagande i gruppvetsksamheter kan vara besvärande. Den stigmatisering som råder kring övervikt och fetma är mycket kraftfull. Det är tydligt att fördomar och diskriminering ofta tillhör vardagen för överviktiga personer. Detta kan leda till social isolering och depression och ångest.¹² Enligt Wikipedia¹³ innebär stigmatisering i sociologisk mening ett nedvärderande utpekande, en psykologisk bränmärkning, ett "vi mot dom", ett förakt mot grupper eller enskilda personer. Hög psykosocial besvärsnivå har ett tydligt samband

⁸ FVSS 2008;sid 40

⁹ Lindroos Anna-Karin & Rössner Stephan; Fetma från gen till samhällspåverkan: sid 21; Studentlitteratur 2007

¹⁰ FVSS 200; Obesitas av Rössner Stephan; sid 454

¹¹ Meilin Ingela; Obesitas – handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fetma och metabolt syndrom baserad på kognitiv beteendemodifikation och konventionell behandling; sid 11; Studentlitteratur 2001

¹² Edlund & Zethelius; 152

¹³ <http://sv.wikipedia.org/wiki/Special:Search?search=stigmatisering&fulltext=%C3%AB&k>

8

med sänkt psykiskt välbefinnande. Psykiska problem som depression och åsiktörningar är också vanligt bland individer med fetma.¹⁴ Tyvärr förekommer det också stigmatisering i sjukvården där olika professioner är negativt inställda till feta personer. Enligt Teachman & Brownell, 2001¹⁵ så rapporterar sjuksköterskor att feta patienter har dålig följsamhet och att viktreducerande program fungerar dåligt. Läkare anser att överviktiga personer saknar självkontroll och de förväntar sig ingen behandling framgång hos dessa patienter. Till allt detta som givetvis är ett stort problem för individerna, finns det även negativa attityder om personer med fetma att de skulle vara lata, mindre kompetenta och ha dålig självdisciplin.¹⁶

Utöver detta så har även individerna själva en negativ attityd mot övervikt. Jämförelse med andra stigmatiserande grupper som utvecklar en positiv kollektiv identitet, så saknar de överviktiga den möjligheten att falla tillbaka mot en positiv gruppidentitet som skulle kunna lindra effekterna av denna stigmatisering.¹⁷

Orsaker till Fetma

Fetma har en komplex orsaksbakgrund, genetiska orsaker där den vanligaste är Prader-Willis syndromet.¹⁸ Hunger och mättnadskänslan är förändrad eller borta och har ersatts av suget efter sött och fett.¹⁹ Bristen på vardagsmotion som minskade rörelse på jobbet, transporter och vägar som missgynnar gående och cyklister. Till detta ska läggas all marknadsföring av ohälsosam mat i större portioner, som anses vara en starkt bidragande faktor till fetma.²⁰

Stress och sömnbrist finns med som bidragande orsaker till fetma. Långvarig stress kan leda till rubningar i blodfetter och blodsocker. Trötthet på kvällarna är ett vanligt beteende vid stress och särskilt i samband med nedstämdhet. Nattdrivande individer löper en stor risk att utveckla fetma eftersom riskökningen ökar i takt med sömnbristen. En del forskare menar att det även finns andra förklaringar till fetma. Virus som är en patogen organism i miljon tros också vara en bidragande faktor till fetma och är föremål för intensiv forskning.²¹

¹⁴ Lindroos & Rössner; sid 208

¹⁵ Teachman BA & Brownell KD; Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? International Journal of Obesity (2001) 25,1525-1531

¹⁶ Edlund & Zethelius; 154

¹⁷ Lindroos & Rössner; sid 214

¹⁸ Edlund & Zethelius; 35

¹⁹ Ibid;:41

²⁰ Ibid; sid 45

²¹ Ibid; sid 46

9

Personer med fetma löper en större risk att få andra sjukdomar som ex diabetes typ 2²², hjärt-kärlsjukdomar²³, hormonella rubningar som kan leda till infertilitet²⁴. Det finns samband mellan fetma och psykisk ohälsa. Personer som någon gång i livet haft depression eller bipolär sjukdom hade i en stor kanadensisk studie större risk för att utveckla fetma.²⁵

Behandlingsmetoder vid Fetma

Det finns flera olika behandlingsmetoder vid fetma: kognitiv beteendeterapi individuellt eller i grupp²⁶, lågkaloridiet²⁷ läkemedelsbehandling²⁸, femkrirurgi²⁹, kombinationsbehandling med tvåprofessionell kost-motionsrådgivning³⁰, samt flera andra modeller som inte prövats vetenskapligt och med olika effekt.

Personer med fetma bör få en individualiserad behandling utifrån personens egna förutsättningar, deras livssituation och de mål som hon har för behandlingen.³¹

Fysisk aktivitet

Fysisk Aktivitet är en del av behandlingen, men det är svårare för personer med fetma att få en negativ energibalans med enbart fysisk aktivitet. Detta pga. att individerna har en nedsatt kondition och inte orkar öka energiomsättningen så pass mycket att det blir en viktreduktion. Aktivitetsråden som ges till individer med fetma bör vara realistiska för den enskilde individen, eftersom de ofta har mekaniska begränsningar att röra sig. Små framgångar som att öka utgifterna med 50-100 kcal per dag är en framgång om den kan vidmakthållas över tid. För det är den långsiktiga energibalansen som är avgörande för en viktninskning eller viktstabilitet. Flera studier visar att en diet är mer effektiv än fysisk aktivitet att göra en viktmedgång i början. Fysisk aktivitet är ändå det bästa för att

22 Edlund & Zethelius; sid 82

23 Ibid; sid 52

24 Ibid; sid 99

25 Ibid; sid 118

26 Ibid; sid 263

27 Ibid; sid 185

28 Ibid; sid 193

29 Ibid; sid 225

30 Ibid; sid 292

31 Ibid; sid 28

motverka viktuppgång efter att individen fått en viktmedgång. Det är trots allt bättre att vara överviktig och vältränad än normalviktig och otränad.³²

Fysisk aktivitet har många andra positiva effekter som bland annat förbättrad sömn, motverkar nedstämdhet, ger mer stressåtlighet och mindre oro. Även om fysisk aktivitet inte är tillräckligt för en initial viktörlust är den viktig för att motverka viktuppgång efter erhållen viktmedgång.³³

Tobaksberoende

Tobaksberoende i ICD 10 (International Classification of Diseases) klassificerar tobaksberoende (F17) i gruppen för mentala och beteendemässiga störningar som beror på användningen av psykotaktiv substans. Beroendesyndromet kännetecknas av en stark önskan efter drogen, svårigheter att kontrollera den, fortsätter ta drogen trots hälsovådliga konsekvenser, drogen prioriteras framför andra aktiviteter eller förpliktelser samt ökad tolerans och fysiska abstinensbesvär.³⁴

Tobaksberoendet delas in fyra olika områden: 1. Det fysiska beroendet, som visar sig i abstinensbesvär av olika grad. 2. Det psykologiska beroendet beskrivs ofta som en djup

känslomässig bindning till sitt bruk. 3. Det vanemässiga beroendet finns hos alla som röker regelbundet i olika grad. 4. Det sociala beroendet kännetecknas av svårigheter att hitta en identitet som icke rökare i sällskap med andra.³⁵ Idag får också rökarna hjälp att bryta den sociala delen på grund av allt fler rökfria miljöer såsom restauranger och arbetsplatser. Den verkamma och beroendeframkallande ämnet i tobak är nikotin, som är ett av de mest beroendeframkallande medel man känner till. Åtta procent av dem som börjar använda tobak blir fäst i ett beroende vilket kan jämföras med siffran för alkohol som är tio procent.³⁶

Marie Åsberg vid Karolinska Institutet skriver i förordet till boken *Kidnappad hjärna* så här: *Beroende handlar inte om en "svag karaktär", det handlar om en förändrad funktion i just det organ som är underlaget för vår "karaktär", som åsäckoms av att upprepad tillförsel av en beroendeframkallande drog bygger om delar av hjärnan, framförallt dess belöningssystem.*³⁷

32 Edlund & Zethelius; sid 172

33 Ibid; sid 172

34 Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik -rapport nr 138; Metoder för rökavvänjning; sid 64 SBU 1998

35 Post, Ann & Gilljam Hans; *Tackla Tobak; Tobaksprevention i teori och praktik 2:1* uppl.: sid79-82; Studentlitteratur 2003

36 Pellmer Christina & Wramner Bengt; *Tobaksbruk – förekomst, effekter och förändringsmöjligheter; Studentlitteratur 1997; sid 49-52*

37 Agerberg Mikki; *Kidnappad hjärna – en bok om missbruk och beroende; sid 5; Studentlitteratur 2004*

Behandlingsmetoder

För att kunna sluta röka måste individen vara motiverad att göra denna förändring. Skälen kan variera från hälsoskäl, ekonomiska skäl, en önskan att bli kvitt beroendet och av hänsyn till andra.

Emot dessa skäl står de krafter som styr beroendet och den starka vanan.³⁸

Beteendemodifierande terapier som bygger på inlärningsbaserade teorier är aversionemetoden, som bygger på motvilja eller avsmak och straff för ett beteende som är etablerat men inte önskvärt.

Reduktionsmetoden, där minskar individen stegvis sitt nikotinintag för att få en lindrigare

avvärjning. Brytande av vanor bygger på inlärningsbaserade råd och knep, som ska bryta den

betingning individen fått genom att alltid röka i olika situationer. Dessa metoder används ofta i

kombination med exempelvis nikotinaläknemedel och stödsamtal. På senare år har även receptbelagda

läkemedel kommit på den svenska marknaden som exempel Buprion (Zyban) och Varenklime

(Champix), men dessa läkemedel som förskrivs av läkare är inte första handsval och de ska alltid

kombineras med stödsamtal.

Hypnos och akupunktur förekommer också, men tillgången på utövare av dessa metoder är få, samt det vetenskapliga underlaget är också bristfälligt.³⁹

När det gäller fysisk aktivitet, både måttlig och intensiv, finns det idag forskning som visar att det

är ett verktyg som både underlättar och hjälper individen att vidmakthålla förändringen när det

gäller tobaksfrihet,^{40 41} dels minskas abstinenssymtom som röksug, stress symtom, ångest och

koncentrationssvårigheter men även förebygger viktökning som många är rädda för ska komma vid

rökstoppet.

Att förändra ett beteende

James O. Prochaska och Carlo C. DiClemente började på 1980-talet intressera sig för frågan om vad som föregår en förändring hos människan. Vad är det som sker inom en person innan denne bestämmer sig för att sluta röka eller börja motionera eller lösa andra hälsoproblem? De fann att en framgångsrik förändring innebär en successiv förflyttning mellan olika stadier eller faser. ”Stages of Change”, till sist leder förflyttningen fram till förändringen.^{42 43} Rollnick skriver att denna

38 SBU-rapport 138; sid 81

39 Ibid; sid 84-86

40 Taylor et al; Addiction, vol 102, nr 4, april 2007, www.alpagalileo.org

41 Scerbo F, Faulkner G, Taylor A, Thomas S; Effects of exercise on cravings to smoke: The role of exercise intensity and cortisol; Journal of Sports Sciences, vol 28, Issue 1, January 2010, pages 11-19

42 Faskunger Johan; Motivation för motion; hälsogöglledning steg för steg; sid 27, (Farata SISU Idrottsböcker, 2004)

modell är ett försök att beskriva beredskapen och hur individer förflyttar sig mot ett beslut och beteende förändring i det dagliga livet.⁴⁴

De fem stadierna är: *Inte beredd/ Förenkelsesstadier/ Ointresserad/ omedvetna* (Precontemplation), I detta stadie överväger man ingen förändring som att sluta röka, men utsätts för påverkan genom

media, press familj eller arbetskamrater. Med tiden vinner argumenten för förändring terräng. Om

personer söker hjälp i detta stadie sker det oftast under påtryckningar av andra. *Intresserad/*

Begrundande/Osaker/medveten (Contemplation), Individen är nu medveten om att det finns ett

problem och har börjat fundera på förändring som att sluta röka eller börja motionera, göra något åt

sin vikt. Man samlar kunskap om hur man bäst ska gå tillväga.

Nästa stadium är *Förberedelse/Beredd*, här har individen kanske redan gjort några försök men

inte lyckats helt. De tänker fortfarande på förändring och planerar att gå till handling inom en

månad. *Beruid/ Handling* (Action, etablering), nu går man till handling, och lyckas på kortare eller

längre sikt, med att göra en förändring av det problematiska beteendet. *Vidmakthållande/*

Aktivitetsskadet/Upprätthållande/ Underhållsskedet (Maintenance), målet är att stärka vinsterna så

att man förhindrar återfall i det gamla beteendet.^{45 46}

Från alla de olika stadierna kan ett tillfälligt eller mer definitivt återfall ske tillbaka till ett tidigare

stadium.⁴⁷ Stages of Change (SOC)-modellen beskrivs ibland som en svängdörr för att visa på att

43 Prochaska, J.O & DiClemente; Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51, 390-395

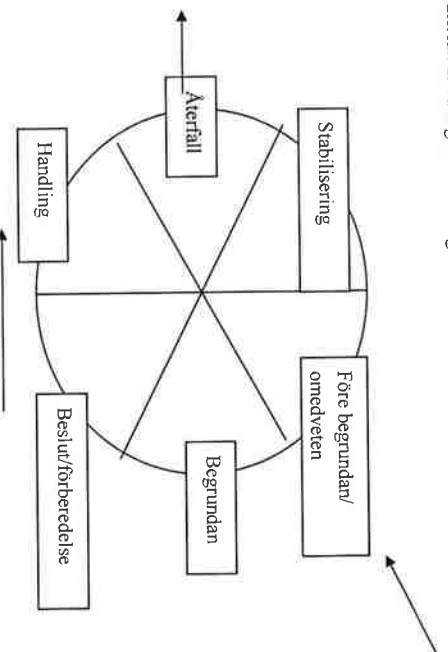
44 Rollnick, S & Mason, P. & Butler, C; Health Behaviour Change – a guide for practitioners;sid:18 Churchill Livingstone1999

45 Norcross J, C & Prochaska J.O; Using the stages of change;Harv.ment.lett 18(11) 2002; 5-7

46 Faskunger; sid 30

47 Post & Giljam; sid 49

återfall är vanliga i förändringsförsök och att de är en naturlig del i många förändringsprocesser.



Figur 1 Svängdör.
Källa Omarbetad efter Barth T, Börtveit T, Precott P. Endringsföskert rådgivning. Gyldendal 2001.

Ett annat sätt att illustrera modellen är en spiral som visar att individen alltid lart sig något som man kan ha användning för vid ett eventuellt återfall. Man faller inte tillbaka till det ställe som individen en gång startade ifrån, utan han är på en ny nivå. Styrkan i SOC- modellen är att den har utvecklats inom hälso- och sjukvården, utifrån denna modell har samtalsmetoden Motivational Interviewing (MI) arbetats fram.

Motiverande samtal (Motivational Interviewing)

Stephan Rollnick med flera har i sin bok Health Behaviour Change, a guide for practitioners årgång 1999, beskrivit hur samtalsmetoden Motivational Interviewing = MI växte fram utifrån Stages of Change modellen (SOC). En litteratursökning gjordes i ämnesområden Hälsopsykologi och Beteendeförändring. Det första de kom fram till var att beredskap till förändring som beskrivs i Prochaskas & DiClementes modell var utgångspunkten för förståelsen av motivation och hur man kan på bästa sätt arbeta med patienter utifrån det. Alla människor är inte en homogen grupp när det gäller att förändra ett beteende, beroende på graden av beredskap att förändra/Readiness, har de

48 Barth Tom & Näsholm Christina, Motiverande samtal – MI, Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor, sid: 78 ; Studentlitteratur 2006

49 Norcross J. C & Prochaska J.O, sid 6

olika behov och skall behandlas utifrån det.⁵⁰ Det andra som de kom fram till utifrån en genomgång av olika modeller av beteende förändring, var ytterligare två komponenter, Viktighet/Importance och Säker/Confidence, som blev en hjälp att förklara graden av motivation eller beredskap till förändring. Sammanfattningen de gjorde var att om förändringen känns viktig för dig och du är säker på att du klarar av den, är du mera beredd att gå till handling, och även större chans att lyckas.⁵¹ Rollnick och hans kollegor, kom fram till att modellen för förändringsprocessen inte var optimal, när de vände uppmärksamheten mot hur man kan hjälpa individer i deras grad av beredskap. De ville se en individs beredskap till förändring som ett kontinuum, (RC= readiness to Change). Individerna kan röra sig fram och åter inom kontinuumet, beroende av egna uppfattningar, yttre förhållande och kvaliteterna i den hjälpare relationen. "Readiness to Change" betonas det kontinuerliga, steglösa fortskridandet i en motivationsprocess. Både Stages of Change modellen och Readiness to Change – kontinuumet visar att motivation inte handlar om ett antingen eller.⁵² MI fungerar genom att aktivera individers egen motivation till förändring och följsamhet till behandling.⁵³ "Andart" i MI är samarbetsinriktad, framkallande och respektfull inför individers autonomi.

MI är inte en teknik som lurar människor att göra något de inte vill göra. Istället ska man se att det är en klinisk stil där man vill väcka liv i individers egen motivation att göra förändringar i beteendet för sin egen hälsas skull. Det innebär mer vägledning än styrning, dans snarare än brotning, att lyssna minst lika mycket som att säga vad som ska göras. *Samarbetsinriktad* innebär ett ömsesidigt samverkande partnerskap mellan patient och vårdgivare. I stället för en ojämn maktfördelning i relationen till patienten, där vårdgivaren som expert styr den passiva patienten mot det som behöver åtgärdas, finns i MI ett aktivt samarbete i samtalet och en beslutsprocess som båda är delaktiga i.

Framkallande innebär att i MI strävar man efter att framkalla från vad patienten redan har, att aktivera deras egen motivation och deras egna resurser för förändring. En del av konsten med MI är att förknippa förändringar i hälsoarbetet, med vad patienterna byr sig mest om, med deras egna värderingar och bekymmer.

Respekt för patientens autonomi innebär att klinikern ska acceptera att människor kan och faktiskt också gör ett val om sin livsriktning. Att erkänna personens rätt och frihet att inte förändra sig kan ibland vara det som gör en förändring möjlig

50 Rollnick & Mason & Butler; sid 17

51 ibid; sid18

52 Barth Tom & Näsholm Christina; sid: 80-81

53 Rollnick & Mason & Butler; sid 27

Fyra vägledande principer är utmärkande för praktisk MI: 1) att motstå rättningsreflexen, 2) att förstå och utforska patientens egen motivation, 3) att lyssna med empati, och 4) att få patienten att känna egen makt över sitt liv (empowerment), att ge patienten självttillit och hopp och optimism. Dessa principer kan lättare komma ihåg med hjälp av förkortningen RULE = rättningsreflexen, utforska, lyssna och egenmakt.⁵⁴

Hälsa

I boken ”Hälsopromotion i arbetslivet”, konstaterar författaren Anders Hansson, att god hälsa värderas högt när människor tillfågs om vad som är mest värdefullt i livet. God hälsa ses som en förutsättning för energi och glädje. Det är ett mål i sig och ett ideal i livet, hälsan ges ett egenvärde. Personer med god hälsa kan glädjas åt att vara friska och må bra medan för andra blir hälsan ett medel för att kunna förverkliga andra mål.

Hansson tar upp tre strategier för ett hälsoarbete idag:

1. Behandla sjukdom
2. Förbygga sjukdom
3. Främja hälsa⁵⁵

Dessa strategier utgår från två olika idéer eller synsätt, sjukdomssynsätt eller hälsosynsätt. Att förklara hälsa utifrån ett sjukdomssynsätt innebär att hälsa blir detsamma som frånvaro av sjukdom. Den medicinska forskningen vill öka kunskapen om sambanden mellan sjukdomar och dess orsaker och att identifiera och beskriva faktorer som är patogena (sjukdomsframkallande).

Ett Hälsosynsätt är att hälsa är något annat än frånvaro av sjukdom, den kan beskrivas med kvalitativa uttryck som välbefinnande eller som en slags resurs. Med detta synsätt försöker man förklara varför människor trots påfrestningar ändå kan uppleva hälsan. Forskningen utifrån det här synsättet handlar om att undersöka faktorer eller omständigheter som bidrar till ökad hälsa, det som Aaron Antonovsky benämner Salutogenes

Patogenes och Salutogenes är två skilda processer som utgår från två vitt skilda synsätt. När man tittar på dessa båda ur människans situation i livet kan man konstatera att dessa båda finns närvarande hela tiden. Man kan se det som en dragkamp mellan sjukdomsframkallande och hälsofrämjande faktorer, individen rör sig mot ökad ohälsa eller mot ökad hälsa. Dessa båda är komplementära processer i mänskligt liv. Men det är även viktigt att de är komplementära när det gäller hur kunskap om hälsa/ohälsa tas fram, och när man bestämmer vilka behandlingsvägar som

54 Rollnick & Mason & Butler; sid 29-31

55 Anders Hansson; Hälsopromotion I arbetslivet; Studentlitteratur 2004, sid 35

prioriteras i praktiskt hälsoarbete. Det är viktigt att bota sjukdomar, men lika viktigt att kunna förebygga den ohälsa som är orsaken till sjukdom.⁵⁶

Antonovskys teori om KASAM som betyder Känsla av sammanhang, består av tre komponenter, Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet.

Begriplighet syftar på i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli, som förnuftsmissigt gripbara, som information är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig. En människa med hög känsla av begriplighet förväntar sig att de stimuli som hon möter i livet är förutsägbara, och att de går att ordna och förklara. Även om händelser sker som inte är önskvärda som död eller krig förmår hon ändå göra dem begriplbara.⁵⁷

Den andra komponenten *Hanterbarhet* definieras som den grad till vilken hon upplever att det står resurser till hennes förfogande, som kan vara en hjälp att möta de krav som ställs av olika stimuli. Resurser som står till förfogande kan vara sådant som står under ens egen kontroll eller behöriga andra, make/maka, Gud, vänner, och läkare, med flera, som man känner att man kan lita på och räkna med. Har man en hög känsla av hanterbarhet kommer den individen inte att känna sig som ett offer för omständigheterna eller tycka att livet behandlar en orättvist. Olyckliga händelser sker i livet men när det händer kommer man att kunna reda sig och inte sörga för alltid.

Den tredje komponenten i Antonovskys teori är *Meningsfullhet*, den fungerar som begrepps motivationskomponent. Personer med stark KASAM pratade alltid om områden i livet som var viktiga och som de engagerade sig i, att det var betydelsefullt för dem och betraktades som utmaningar, värda känslomässig investering och engagemang.⁵⁸

Definitionen på KASAM är: *Känsla av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomtänkande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga. (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.*⁵⁹

56 Anders Hansson; sid 36-37

57 Antonovsky Aaron; Hälsans mysterium; sid 39, Natur&Kultur 2003

58 Ibid; sid 40

59 Ibid; sid 41

Aktuell Forskning

Attityder hos Sjukvårdspersonal

Lena Lundh, med mångårig erfarenhet av att möta individer med KOL, har i en artikel visat att det skiljer sig i omvårdnaden av patienten beroende av vilken typ av sjuksköterska man är. Hon har intervjuat kollegor om deras upplevelser av mötet med KOL-patienter. Utifrån ett fenomenografiskt perspektiv kunde hon identifiera två sätt att möta patienter, antingen med fokus på ett *uppgiftsorienterat* eller på ett *individorienterat* förhållningssätt. Vården gavs inte lika till alla utan berodde på vilken distriktssköterska patienten mötte. Distriktssköterskor som var uppgiftsorienterade lade mer tonvikt på undersökningar och analyser som ordinerats av läkare. Det var viktigt att följa en checklista på gjorda aktiviteter. De tog inte egna initiativ men var måna om att ge patienten god information.⁶⁰ Distriktssköterskor som hade ett mera individorienterat förhållningssätt utgick från patienten och tonviken låg på patientens behov och planerades efter det.⁶¹ Liknande fynd fann Agneta Abrahamsson då hon intervjuade barnmorskor om deras sätt att förnä gravidia kvinnor att sluta röka. Olika typer av förhållningssätt kunde urskiljas i arbetet med de gravida kvinnorna som rökte.

Den *undvikande* barnmorskan: Att ge information och råd om rökning riskerade att fördäva en god relation, och därför undvek man att göra mer än det som var absolut nödvändigt, att dokumentera rätt i journalen.

Den *Informerande* barnmorskan: Att ge information och råd om rökning var viktigt för att ge kvinnan anledning att sluta röka. Informationen som gavs förväntades förändra kvinnans inställning så att hon skulle sluta röka. Båda dessa typer riskerade att väcka motstånd och skuld hos kvinnorna.⁶²

Lena Lendahls med flera, visar att möjligheten att påverka livande och nyblivna föräldrars rökvanor till rökfrihet berodde på flera olika faktorer; bl.a. att personalen hade "rätt attityd", kunskap och erfarenhet. Det som var mest betydelsefullt var mötet mellan den professionelle och rökaren. Det innebär att det blir en dialog och kvinna/paret känner att deras åsikter respekteras och att ha en förmåga att anpassa sitt arbete till person och situation.⁶³

60 Lundh, Lena : Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care; The Authors Journal compilation 2006, Blackwell Publishing Ltd.

61 *Ibid*

62 Abrahamsson Agneta; Addressing smoking during Pregnancy, Lunds Universitet 2004; sid 145

63 Lendahls Lena; Smoking cessation and Health promotion around pregnancy; sid 64,

Lunds Universitet, 2003

Uöver detta förekommer det också stigmatisering i sjukvården där olika professioner är negativt inställda till feta personer. Enligt Teachman & Brownell, 2001, rapporterar sjuksköterskor att feta patienter har dålig följsamhet och att viktreducerande program fungerar dåligt. Läkare anser att överviktiga personer saknar självkontroll och de förväntar sig ingen behandlingsframgång hos dessa patienter.⁶⁴

I ett sätttryck ur Läkartidningen skriver Lars Forsberg att Motiverande samtal är bättre än råd. Han visar på det finns stöd för att Motiverande samtal önar sig bättre än traditionell rådgivning och det skulle ge utrymme för stora förändringar inom sjukvården. Artikeln hänvisar till två olika stora metaanalysstudier som gjorts där Motiverande samtal jämförs med traditionell rådgivning som är att ge information och råd. Forskarna i dessa studier fann att motiverande samtal är till större hjälp för patienterna vid behandling av sjukdomar som högt blodtryck, astma, olika beteendeproblem som skadlig alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet, felaktiga matvanor och tobaksbruk. Man fann också att patienter som fått motiverande samtal som tillägg till annan behandling blir mer aktiva i efterföljande behandling.⁶⁵

Syfte

Syftet med studien är att undersöka sjukvårdspersonalens upplevelser av att kunna påverka individer att förändra sin livsstil och vidmakthålla förändringen över tid.

Frågeställningar

1. Hur arbetar personalen med livsstilsförändringar?
2. Hur arbetar personalen med att vidmakthålla förändringen över tid?
3. Vilka problem upplever personalen i sitt arbete?

64 Edlund & Zethelius; 154

65 Forsberg Lars; Motiverande samtal – bättre än råd; Sätttryck Läkartidningen nr 42 2006 volym 103

Metod

Den kvalitativa forskningsintervjun

Syftet med studien är att undersöka sjukvårdspersonalens upplevelser av att kunna påverka individer att förändra sin livsstil och vidmakthålla förändringen över tid.

Jan Trost har skrivit mycket utförligt om tillvägagångssättet med kvalitativa intervjuer.⁶⁶

Han inleder boken med att i första kapitlet beskriva vad kvalitativ och/eller kvantitativ insamling av material är för något. Historiskt sett har den kvalitativa forskningen varit det som i västvärlden anses som de ”riktiga”, de vetenskapliga korrekta. Kvalitativa studier har oftast varit förstudier till kvantitativa studier. Det som går att räkna eller mäta anses vara bättre och enklare att förstå och därför mera tillförlitligt och inte spekulativt.⁶⁷

Syftet med min studie var att undersöka sjukvårdspersonalens upplevelser av att kunna påverka individer att förändra sin livsstil och vidmakthålla förändringen över tid.

Trost skriver att om frågeställningen är att förstå eller hitta mönster är det lämpligt att använda en kvalitativ metod. Intresset är fokuserat på den sociala världen runt människan.

Kvalitativa intervjuer kan ge en större förståelse av upplevelser; man kan hitta mönster av upplevelser och erfarenheter.⁶⁸ Utifrån detta anser jag att intervjun är en lämplig metod för studien.

Urval och kontakt

Urval

Jag har valt intervju som metod och intervjuat åtta personer med lång erfarenhet, som arbetar inom hälso- och sjukvården med tobaksavvänjning och fetma behandling. Fem av respondenterna har en distriktsköterskeutbildning med olika påbyggnadskurser för just det specifika området de sedan arbetar inom. Distriktsköterska är först leg sjuksköterska efter en treårig högskoleutbildning med påbyggnadsutbildning på drygt ett år till distriktsköterska.

En av respondenterna är dietist med påbyggnad till Kognitiv beteendeterapeut steg ett, och snart även med steg två kompetens. Dietist har en utbildning med dietistexamen efter 120 poäng/180 högskolepoäng

En respondent är hälsopedagog som har gått en 3-årig Hälsopedagogutbildning på Idrotts högskolan, med påbyggnadskurser i tobaksavvänjning och motiverande samtal. Hon arbetar främst med rökavvänjningsgrupper inom företagshälsovård, men även till viss del med telefonbaserad

66 Trost Jan; Kvalitativa Intervjuer; Tredje upplagan Studentlitteratur 2007

67 Ibid; sid 8-9

68 Ibid; sid 61-64

rökavvänjning. En av respondenterna är leg sjuksköterska med flera påbyggnadskurser inom området tobaksprevention och avvänjning.

Att jag valde just dessa personer beror på att de flesta tillhör olika nationella nätverk som jag själv är medlem i, samt några som jag har haft kontakt med via arbetet på Hälsoenheten. De har alla lång erfarenhet av att arbeta med beteendeförändring inom tobaksavvänjning och fetmebehandling, vilket gjorde det mer intressant med deras erfarenheter inom detta område.

När frågeguiden var klar tog jag telefonkontakt med respondenterna och frågade om de ville ställa upp på en intervju. Därefter skickades ett informationsbrev till dem samt ett brev till deras chefer om syftet med intervjun och begäran om tillstånd att få göra intervjun. (Bilaga 2 +3)

Vi kom sedan överens om tid och plats för intervjun. Fem av intervjuerna skedde på respondenternas arbetsplats, en intervju på Hälsoenheten, två intervjuer gjordes i samband med en konferens.⁶⁹

Åtta intervjuer har gjorts, tyvärr gjorde jag något fel då en fil skulle kopieras från Mps3 spelare till min dator, den försvann, därför har den inte kunnat transkriberas.

Genomförande av intervjuer

Det första som jag började med var att skriva ner en frågeguide utifrån mina frågeställningar. (Bil 1)

Trost skriver att när man gör kvalitativa intervjuer har man inga frågeformulär utan man låter så långt det är möjligt låta den intervjuade att styra ordningsföljden i samtalet. Det som är viktigt är att göra en lista över frågeområden och även med delområden.⁷⁰ En annan aspekt som Trost trycker på är att frågeguiden är ordentligt inläst att den sitter i ryggmärken. Guiden skall ha en struktur som passar intervjuaren med en ordning som är logisk och följsam.⁷¹

Genomförandet av intervjun är en interpersonell situation, ett samtal mellan två deltagare om ett ämne av gemensamt intresse. I intervjun frambringas kunskap i mötet mellan den som intervjuar och respondentens synpunkter. Den personliga kontakten och de nya insikterna i respondenternas livsvärld gör intervjuandet till en spännande och berikande upplevelse, skriver Kvale & Brinkmann.⁷² Trost poängterar vikten av att följa respondentens tankegångar och fortsätta på den tråden och inte pressa på sina egna tankegångar under intervjun.⁷³

En Mps3 spelare har använts för intervjuerna, den är liten och blir inte ett stressande moment då den läggs på bordet. Trost beskriver utförligt om användningen av bandspelare vid intervjuerna, som har både för- och nackdelar. Fördelarna är att tonfall och ordval kan man lyssna på flera gånger

69 Trost; sid 61-64

70 Ibid; sid 50

71 Ibid; sid 51

72 Kvale Steinar & Brinkmann Svend; sid 139

73 Trost; sid 51

efter intervjun. Det blir ett återutlåtande för intervjuaren då man hör sin egen röst, tonfall och man kan lära om man gjort misstag. Vid transkribering av intervjun kan man senare också läsa ordagrant vad som sagts under intervjun. Några av nackdelarna med ljudband/inspelningar är tidsåtgången för att lyssna dem när de ska transkriberas, då behövs man spola fram och tillbaka för att alla detaljer i intervjun ska komma med. Man förlorar även gester och mimik vid en inspelning, vilket skulle kunna underlättas om man använde videokamera för intervjun.⁷⁴ Det Trost rycker på som en fördel är att forskningsledaren själv utför intervjuerna, eftersom minnet är en viktig ingrediens i tolkningen och analysen av materialet.⁷⁵ Längden på intervjuerna har varit från 45 till 60 minuter.

Databearbetning

Transkriptionen av intervjuerna tog mycket längre tid än jag hade tänkt mig, och det var ett oerhört stressmoment. Kvale skriver att för en erfaren sekreterare tar det ungefär fem timmar att skriva ut en intervju på en timme.⁷⁶ Jag tog hjälp av en sekreterare som skrev ut tre av intervjuerna, dessa är utskrivna så ordagrant som möjligt men uppreningar av små ord har tagits bort så det blev mer lättläst och med talspråk. Vid en jämförelse av de transkriberade intervjuerna så har jag sett att mina är mer ordgrant nedskrivna och ord som tex: "ok, hm", finns med, sådana ord utelämnades av sekreteraren. Genom utskriften struktureras intervjuens innehåll i en form som lämpar sig för analys, den blir inledningen till en analytisk process, skriver Kvale.⁷⁷ Att själva bearbetningen av intervjuerna börjar redan vid transkriberingen märkte jag vid genomläsningen och bearbetningen av intervjuerna, de tre som sekreteraren skrev, hade inte på samma sätt blivit en del av mig själv, så jag kunde härleda citaten till rätt person. Utskrifterna ska ses som ett verktyg för tolkningen av det som sagts i intervjun. Kvale menar att man kan betrakta utskrifterna som en språngbräda som är i ständig utveckling av mening i det som sagts. Analysen ska bli en fortsättning av samtalet som började i intervjusituationen och där man kan urskilja nya saker hela tiden.⁷⁸ När det gäller denna studie skulle möjligen utskrifternas reliabilitet kunna ifrågasättas då två personer skrivit ut dem och gjort det på lite olika sätt.⁷⁹

⁷⁴ Trost: sid 53

⁷⁵ Ibid: sid 54

⁷⁶ Kvale & Brinkmann: sid 196

⁷⁷ Ibid: sid 196

⁷⁸ Ibid: sid 208

⁷⁹ Ibid: sid 200

Efter Transkriberingen lästes alla intervjuerna igenom noggrant ett par gånger för att kunna finna gemensamma nämnare eller skillnader. Det som var väsentligt färgmarkerades och därefter gjorde jag en kategorisering i huvudgrupper och även undergrupper av de uttalanden som var viktiga.

Därefter har materialet bearbetats utifrån kvalitativ innehållsanalys. Denna innehållsanalys består av olika metoder meningskategorisering, där meningen reduceras till några få enkla kategorier, meningskoncentring, innebär att man drar ihop respondentens yttranden till kortare formuleringar, meningsstrukturering samt meningsfolkning som innebär att man går till en djupare och mer kritisk folkning av texten enligt Kvale.⁸⁰

Studiens tillförlitlighet/trovärdighet, Validitet/reliabilitet

Idema om tillförlitlighet (reliabilitet) och giltighet (validitet) härstammar från den kvantitativa metodologin. Vid kvalitativ metodik bör datansamling ske så att data blir trovärdig och relevant som till exempel vid intervjuer.⁸¹ Begreppet validitet i vanligt språkbruk leder tanken till giltighet, till sanningen, riktigheten och sylvrkan i ett uttalande, det är en metod som undersöker vad den påstås undersöka.

En intervjustudie validitet avgörs av hur väl forskaren har genomfört sin intervju. Intervjuaren/forskaren måste ha ett kritiskt och värderande förhållningssätt till sitt forskningsarbete under hela forskningsprocessen. Vidare måste man ställa frågan hur intervjun genomfördes, vilka frågeställningar som ställdes och hur de formulerades.⁸²

Validitet används lite olika beroende på om studien har en kvantitativ eller kvalitativ ansats. I en kvalitativ studie som den här, så strävar man efter att få veta vad respondenten menar eller uppfattar om en viss företeelse. Kvale tar upp sju stadier av en kontinuerlig validering under hela forskningsprocessen:

Tematisering: Är det en hållbarhet i de teoretiska förutsättningarna och logiken i forskningen?

Planering: Hur adekvat är intervjudesignen och metoderna för undersökningens syfte och ämne?

Intervju: Validitet handlar här om tillförlitligheten i rapporter och kvaliteten på själva intervjun.

Utskrift: Hur väl har utskriften gjorts från muntligt till skriftligt språk?

Analys: Hur giltiga/valida är frågorna som ställs och är logiken i tolkningarna hållbara?

Validering: Här bedöms vilken form av validering som är relevant i en specifik undersökning.

Rapportering: Ger rapporten en valid redogörelse för resultatet i undersökningen.⁸³

⁸⁰ Kvale & Brinkman: sid 219

⁸¹ Ibid: sid 259

⁸² Ibid: sid 259

⁸³ Ibid: sid 267

Reliabilitet innebär att en mätning med tillförlitlighet är fri från slumpen. I kvalitativa studier kan den uppnås på ett tillfredsställande sätt vid en strukturerad intervju.

När det gäller denna studie skulle möjligen utskrifternas reliabilitet kunna ifrågasättas då två personer skrivit ut den och gjort det på lite olika sätt. Men jag har lyssnat igenom inspelningarna och funnit att inget väsentligt har utelämnats.

Etiska aspekter

I Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning som antogs av Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet i mars 1990 och reviderad 1999, finns beskrivet etiska aspekter som behöver beaktas i all forskning. Forskningskravet innebär att tillgängliga kunskaper utvecklas och fördjupas samt att metoder förbättras. Samtidigt har samhällets medlemmar ett berättigat krav på skydd mot oönskvärd information. Fyra huvudkrav på forskningen utifrån det grundläggande individskyddet är: 1) informationskravet, 2) samtyckeskravet, 3) konfidentialitetskravet och 4) nyttjandekravet.⁸⁴

Kvale och Brinkmann tar också upp dessa fyra områden som viktiga att beakta men benämner dem något annorlunda, nämligen: Informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll.⁸⁵ Deltagande i studien godkändes av respondenterna själva och i de fall deras chef kunde tillfrågas, gjorde jag det. En skriftlig förfrågan skickades till respondenterna (Bil 1) där information gavs om studiens syfte, och där de också gav sitt samtycke till att delaga i studien. Jag har beaktat kravet om konfidentialitet då inga namn eller arbetsplatser finns med i det färdiga resultatet. Under transkriberingen har jag avdentifierat deltagarna med att numrera intervjuerna i den ordningsföljd som de gjordes. Som forskare har jag tillgång till intervjuerna, som kommer att raderas i och med att denna uppsats är klar.

Kvale och Brinkmann tar upp etiska frågor som man ska besvara i början av en intervjuundersökning, några av dem ansåg jag relevant för min studie och har besvarats.

- Hur kan undersökningen bidra till att förbättra situationen för den grupp som det handlar om?.
- Att denna studie ska ge personal inom Hälso- och sjukvården bättre förståelse för personer med femta problematik och tobaksberoende så att rätt sorts stöd ges till varaktig livsstilsförändring.
- Vilken information och hur mycket behöver ges innan intervjun och vad kan vänta tills efter intervjun?

En kortfattad information om syftet med intervjun gavs till respondenten och vederbörande chef när det fanns någon när jag frågade om deras samtycke till att delta i studien.

⁸⁴ <http://www.slingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>

⁸⁵ Kvale & Brinkmann, sid 84

- Hur kan respondenternas konfidentialitet skyddas?
 - I analysen nämns inga namn eller arbetsplatser för att man inte ska kunna härleda vissa citat till någon speciell person.
 - Vilka konsekvenser får undersökningen?
- Förhoppningsvis så kommer synpunkterna som framkommit kunna finnas med i en utbildning som planeras för personal inom Hälso- och sjukvården i Livsstilsfrågor med utgångspunkt i det Salutogena perspektivet.⁸⁶

Resultat

I resultat av denna kvalitativa studie har jag lagt fokus på att redovisa respondenternas uppfattningar i tre huvudkategorier som stämmer med frågeställningarna. Under dessa huvudkategorier följer undergrupperingar av olika teman om tillvägagångssätt och metoder som används och är gemensamma i intervjuerna. Citat har valts ut för att belysa de teman som finns i undergrupperna.

De tre kategorierna med undergrupper är:

1. **Att arbeta med livsstilsförändringar**
 - 1:1 Vad betyder Hälsa
 - 1:2 Trivsel i arbetet
 - 1:3 Första mötet
 - 1:4 Lyssna på patientens historia
 - 1:5 Bekräftelse
 - 1:6 Fördelar och nackdelar/Motivationsbedömning
2. **Att vidmakthålla livsstilsförändringar**
 - 2.1 Uppfattningar om svårigheter att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid
 - 2:2 Att förhindra återfall
 - 2:3 Kännetecknen för en lyckad arbetsrelation
 - 2.4 Ansvar
 - 2.5 Stöd
 - 2.6 Självkänslans betydelse
 - 2:7 Kunskapsöverföring
 - 2:8 Hur kan personal hjälpa

⁸⁶ Kvale Steinar & Brinkmann Svend, sid 84-85

3. Svårigheter i arbetet.

- 3.1 Acceptans att arbeta med livsstilsbehandling inom Hälso- och sjukvården
- 3.2 Aktivitet hos personal som kan försvåra ett vidmakthållande
- 3.3 Personalens förväntningar påverkar det patientens möjlighet till förändring

1. Att arbeta med livsstilsförändringar

1:1 Vad betyder Hälsa

Respondenterna fick besvara frågan vad hälsa var för dem, det är ju väsentligt att de som arbetar inom vården vet vad det är eftersom en av vårdens uppgifter är att främja hälsa.

"Hälsa är, det är ett väldigt svårt ord, hälsa för mig är att må bra, känna mig nöjd."

Hälsa för mig är att vara fysiskt aktiv, ha ett välbefinnande som man inte får om jag

inte går ut i dagsljuset, ...hälsa för mig är att må fram till en punkt, ja ett

välbefinnande helt enkelt." (Intervju 4)

"att jag mår bra, att jag trivs, jag känner mig tillfreds med min situation, att jag har

ork att ta itu med problem som dyker upp. Balans i livet" (Intervju 7)

"Hälsa är inte bara framvaro av sjukdom faktiskt utan hälsa är att ha balans i livet.

Balansen är att ibland är man ledsen och stressad och ibland glad, man behöver ha

alla bliorna men i lagom doser, det är hälsa, och att känna att min kropp inte

bestämmer över mig, ... Att min kroppen är ett hinder" (Intervju 6)

"Hälsa är att må bra, att känna att jag mår bra, jag kan vara handikappad och även då

ha hälsa. Det är mycket med mätandet och känslan att göra tycker jag. Förhvarn av

sjukdom är det ju också hälsa naturligtvis. Helheten. – Både kropp och själ. Hälsa är ju

också någon slags frihet kan jag känna" (Intervju 2)

1:2 Trivsel i arbetet

Att trivas med sitt arbete och känna glädje varje dag när man går till jobbet är kanske inte en självklarhet för alla människor. Respondenterna ålskade sitt arbete och patienterna, de upplevde det meningsfullt

Dessutom var de alla "eldsjälar" som brann för sin uppgift och flera av dem hade startat upp på eget initiativ mottagningar eller verksamheter för att hjälpa individer att sluta röka eller gå ner i vikt. Organisationstillhörigheten för de intervjuade är från Landsiting och Företagshälsövärd

"jag trivdes jättebra med mitt arbete, det var jätteklart att få börja med det här, sedan

det här med femmånadsbehandling, det var jätte stimulerande, jättemånga roliga

händelser, man peppades av att det gick bra och efterfrågan och mötet med patienterna

förstklass, som var oerhört tacksamma." (Intervju 1)

"Jag älskar mitt arbete" (Intervju 8)

1:3 Verktyg som används i samtalet

Respondenterna fick berätta om hur de gör när de möter en patient med femmånadsbehandling eller med ett tobaksberoende. Det varierade hur patienterna kom till deras mottagningar, en del kom på remiss från annan vårdgivare, andra beställde själva tid. Tiden för det första samtalet varade en timme och då utgick man från patientens berättelse om tidigare erfarenheter, fysiska hälsa, förväntningar på behandlingen. Ett frågeformulär hade antingen skickats hem eller fick fyllas i vid det första besöket. Detta formulär gick igenom och patienten fick berätta

"efter att de fått fylla i ett frågeformulär, för de beskriver lite om hur deras tobaksbruk

ser ut, lite kort om mötet till varför de vill sluta, om de slutat tidigare och om de har

mött svårigheter, vad skälet var till om de fått ett återfall, hur ser deras sociala

situation ut. Det är liksom grunden för att förbereda patienten på vad vi kommer att

prata om, ... försöka utgå därifrån och utifrån den berättelsen, vad de berättar, så får

man ha en diskussion och dialog om hur de ska gå vidare." (Intervju 5)

1:4 Lyssna på patientens historia

Det som poängterades som oerhört viktigt var att lyssna in patienten och utgå från dennes nivå,

fråga efter tidigare erfarenheter (det som patienten alltid ser som misslyckanden), patientens

dagsform och om de har andra sjukdomar. Samtalsmetoden. Motiverande Samtal upplevdes vara det

som hjälpte dem med bra verktyg. Typ olika arbetsblad men också i förhållingssättet och attityden

till individerna.

Det fanns en del skillnader i vilka metoder som användes några använde sig mer konkret av

kognitiva beteendeterapeutiska metoder när det gällde att utforska tidigare erfarenheter och att göra

en beteendeanalys vid första mötet. Att göra en kartläggning av rökvanor eller matvanorna är

centralt i arbetet med att göra en beteendeförändring, för det visar det faktiska beteendet och kan

motivera patienten till att göra små förändringar.

"pratar lite allmänt kanske till att börja med patienten, och lyssnar in vad de har att

säga, och sen kanske man kan syra det vidare, kanske, framför allt att lyssna, att inte

lägga orden i deras mun, utan jag måste ju hålla mig neutral, och fråga hur de ser det,

vad tänkte du då?" (Intervju 1)

"man tittar på vad det är man inte är nöjd med, vad man vill ändra. Har man gjort

försök tidigare, det blir att utforska lite de saker som den klienten har själv. Att

hitta motivationsfaktorerna." (Intervju 7)

1:5 Bekräftelse

Att bekräfta patienten för det som hon lyckats med tidigare ansågs som en central och viktig del i bemötandet av dessa patienter. De har ofta så många "misslyckanden" bakom sig att de har svårt att tro på sig själva. Det var viktigt att påpeka att dessa misslyckanden var erfarenheter som kan vara till hjälp den här gången i förändringsarbetet.

"jag tror att hon blev bekräftad i mötet, att jag stodde på henne." (Intervju 4)

"Jag sa ofta att bara det att de var här nu och ville försöka igen var positivt...
Peppa dem att börja igen med något nytt." (Intervju 1)

1:6 Fördelar och nackdelar/ Motivationsbedömning

De verktyg som användes var att titta på beteendets för- respektive nackdelar. Det är en central del i Motivrande samtal (MI) och kallas ambivalensutforskning. Det är viktigt att patienten själv formulerar det som de anser vara fördelar och nackdelar med beteendet och om de skulle bestämma sig för en förändring, vilka är nackdelarna respektive fördelarna med det. Respondenterna ställde öppna frågor och sammanfattade med jämna mellanrum det som patienten skrivit ner, och frågade vad patienten fick för tankar när de såg det som de skrivit ner.

"Jag brukar använda mig av ambivalenskorset... Och där kan man se de positiva och negativa effekter av rökning och rökfrihet. Och när man använder det så lockar man fram att se sina styrkor". (Intervju 5)

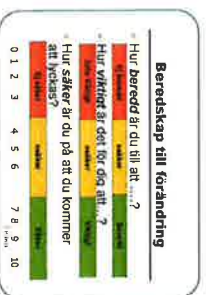


Det andra verktyget som användes var VAS-skalan 0-10, i MI så ställer man tre frågor om hur viktigt, hur säker och hur beredd patienten är till att göra förändring

0-3 så anser man att patienten inte är beredd till förändring och där kan men erbjuda information om patienten vill det, antingen muntligt eller i skrift. 4-7 så är man ambivalent till förändring och då gör man en ambivalensutforskning och sätter upp patienten på ett återbesök några veckor senare. 8-10 då är patienten beredd att gå till handling och där erbjuds patienten det stöd som behövs och önskas.

"0-10 skalan kan jag använda ett antal gånger i samtalen liksom när jag träffar patienten, om de verkligen vill sluta röka, och hur pass beredda de är och om de klarar av det". (Intervju 2)

"en annan säll är ju att använda VAS skalan där man får ange hur beredd man är och hur säker man är och hur viktigt det är att sluta på en skala 0-10, och det tycker jag är jättebra. För den hjälper en att fokusera på samtalet." (Intervju 5)



2. Att vidmakthålla livsstilsförändringar

2.1 Uppfattningar om svårigheter att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid

Deltagarna i denna studie hade erfarenhet av och finns fortfarande i ett patientnära arbete, där de upplevt hur svårt det kan vara för patienterna att behålla ett nytt beteende över längre tid. När något händer i livet som kris, stress eller något annat som påverkar dem är det vanligt att man återgår till det gamla kända mönstret, cigaretten som man vet ger en lugnande effekt för stunden liksom kanske chokladkakan.

"från början så dr man så jökaserad... tycker att det här ska bli roligt... man får mycket positiv feedback. Efter ett tag blir det lite tråkigt, ja ha blev det inte roligare än så här, då börjar man sakna de sunder som man hade då med ciggen. Man börjar hitta anledningar till att det var nog bättre när jag rökte. Rökningen dr ju med i alla funktioner, den är med och styr när ska jag sova, äta och dricka, vara glad, ledsen och org. Innan kroppen har ställt om sig och hela tiden får fäsch-back, då får ju den någon anledning, det måste ju vara hjärnans belöningscentrum som motarbetar det här." (Intervju 8)

"olika risksiter kan utlösa ett återfall... dr ett riskmoment, och även jul, påsk och födelsedagar är alla riskmoment, och det handlar om att hjälpa patienten innan att hitta en strategi så man tänker efter före." (Intervju 5)

2:2 Att förhindra återfall

Att arbeta konkret med återfallsprevention var något som deltagarna gjorde men på lite olika sätt och struktur. De kognitiva beteendeterapeutiska metoderna är att kartlägga risksituationer och fundera ut flera tänkbara alternativ istället för cigaretten eller bakelsen. Sedan gäller det för patienten att träna på dessa alternativa strategier i dessa risksituationer så man kan känna sig trygg i dem. Man poängterade också vikten av att ha långsiktighet i detta arbete, som exempel gjordes en jämförelse med hur diabetesvården inom primärvården är upplagd som en bra modell.

"vad jag gör konkret, jag gör KBT (Kognitiv beteendeterapi) analyser tillsammans med patienten och analyserar olika beteendena i olika situationer för att klargöra vilken funktion mat och ätande fyller det och så sätter vi det i relation till de här livsvärdena, vad är viktigt för dig, vad är du nu och vad vill du vara." (Intervju 8)

"vi har pratat om att förändringen tar ett år, man behöver gå igenom de här arstiderna... så pratar vi om vad de ska för strategier för att greja den här julen, att vi punkter ner situationer som kan utlösa en risk... göra nån slags strategi lista... att man får öva på nåt innan så kan man lättare stå emot, man har en plan att jag kan göra det och det här... Återfallsprevention har vi ju inte så många bra verktyg" (Intervju 5)

"det är att stärka patienten att det alltid finns ett val, det är ju jobbigt att det finns ett val för då är man inte ett offer längre." (Intervju 6)

2:3 Kännetecken för en lyckad arbetsrelation

Delmål och mål

Det var viktigt för respondenterna att poängtera för patienten att i en förändring sätter man realistiska mål det som är realistiskt för patienten. Att man också stannade kvar och verkligen tränade på en förändring åt gången.

"När patienten känner att nu är jag färdig med den här uppgiften, då går vi vidare till nästa men det är patienten som bestämmer när den är färdig och inte jag, och patienten har i och för sig ganska brattom och där är min uppgift att fråga - är du verkligen färdig, kanske inte riktigt med de orden men syftet är ju att patienten ska tänka efter och känna - vill jag bara vidare eller känner jag mig färdig. Det leder oftast till att patienten själv känner att nu är jag färdig och vill gå till nästa uppgift." (Intervju 6)

2.4 Ansvar

Att lämna över ansvaret till patienterna är central i begreppet Empowerment eller maktmobilisering, det var viktigt att poängtera att patienten har ett eget ansvar för sitt liv.

"Så jag upplever att om man lämnar över ansvaret över till patienten så klarar de det väldigt bra. "Vi har agerat under alla år, kom hit så fixar jag dig. Medan nu lägger jag tillbaka det, kom hit så ska jag ge dig stöd så du kan fixa det" (Intervju 6)

2.5 Stöd

Att få stöd i en förändringsprocess är ju för individen något oerhört positivt, man är inte ensam om att vara i den här situationen. Gruppbehandling var något som respondenterna hade goda erfarenheter av, men även det personliga stödet framhöll man som mycket viktigt.

"Patienten säger att det här inte gör, då säger jag att jag tror på dig, kan jag få vara ditt självförtroende hopp? Sen när du börjar hoppas själv så lämnar jag tillbaka det här till dig." (Intervju 6)

"Det är fördelen att ha en grupp som kan peppa varandra" (Intervju 1)

2:6 Självkänslans betydelse

Självkänsla är en viktig faktor för att man ska kunna känna tilltro till sin förmåga och klara av en förändring. Patienterna med den här problematiken som denna studie handlar om har väldigt ofta en knäckt självkänsla på grund av alla försök man gjort tidigare. Personalens uppgift var att ge stöd och uppmuntran och locka fram patientens egna resurser.

"... för att de inte klarar av att sitta själva, manstans har de en tanke om sig själva, att de inte har förmåga... Där gäller det ju att lyfta fram de förmågor de har, det gäller att identifiera dem så att patienten kan hitta dem själv." (Intervju 5)

"Jag lyfter fram, jag går in och tittar hur de mår, hur de har det, hur de har haft det och sedan tittar vi tillsammans på dessa bitar som är positiva, del som de har klarat av" (Intervju 2)

30

2:7 Kunskapsöverföring

Att förmedla kunskap och ge information är mycket centralt för personalen inom hälso- och sjukvården. Inom MI frågar man först efter vad patienten redan känner till om exempelvis rökning och gravdittet, sen frågar man om det är okey att ge lite ytterligare information, (patienten svarar så gott som alltid ja på denna fråga). När man gett lite information så efterfrågar man återigen vad patienten tänker om detta, och så fortsätter kunskapsöverföringen i en slags dialogform. För respondenterna var det en självklarhet att göra så när man gav information eller fäktat om problemet

"... just för att inte falla tillbaka så tror jag att det är viktigt att ha den här förståelsen för vad som händer i kroppen, och varför jag får en rökning när man varit rökfri i tre månader, när det inte finns något nikotin" (Intervju 7)

2:8 Hur kan personal hjälpa

Uppgiften som vårdpersonal har oavsett profession är att hjälpa patienter till en förändring. Det traditionella har ju varit att man gärna talar om hur patienterna ska göra, men som har visat sig att de inte har gjort som personalen sagt. Därför känner många frustrationer i arbetet med att hjälpa patienterna. Respondenterna var väl medvetna om detta och använde sig av ett annat förhållningssätt.

"Jag försöker få patienten att reflektera utifrån sin egen vilja, sina egna behov... Däremot försöker jag uppmuntra och berömma. Jag försöker visa att jag finns till som stöd men jag säger inte vad patienten ska göra utan däremot försöker jag leda henne att reflektera utifrån sin egen person helt enkelt." (Intervju 6)

"... att vi inom vården ger dem stöd och hjälp under en längre tid. Det tror jag är A & O. Att vi vågar vara ett självförtroendehopp och att vi stärker patientens egen självkänsla, self efficacy, tilliten till sig själv. Det tror jag är A & O och att bevilja att det är OK att falla tillbaka, men man kan alltid gå framåt igen." (Intervju 6)

3. Svårigheter i arbetet.

3:1 Acceptans att arbeta med livsstilsbehandling inom Hälso- och sjukvården

Respondenterna var eldsjälar som brinner för arbetet med patienter och att förmedla kunskaper till sina kolleger. De har mött olika attityder från överordnade och kollegor inom hälso- och sjukvården när de började eller ville börja arbeta med livsstilsbehandling. Det var här frågan om trivseln i arbetet ställdes som det framkom att det inte var en självklarhet att få arbeta med livsstilsproblematik, varken i grupp eller individuellt ute på vårdcentralerna.

"Idag har vi en kraftig neddröjning, vi har en omorganisation i länkslinget. Det har inneburit att jag måste dra ner på löbaksavdröjningen, men jag strider själv för att ha en viss del av det kvar, för att ha kontakten med patienten." (Intervju 2)

"Jag har jobbat med livsstilsfrågor, kämpat mig till det i många, många år faktiskt" (Intervju 4)

På en följdfråga om det var motstånd mot det här arbetet och i så fall hur det yttrade sig:

31

"Ja, från chefer och kollegor. Givdär. Ganska sylvriga kommentar eller en gruppprofil tex kunde vara hade ni kul? Lite spydigt så, kommentarer från chefer att det inte finns riskytymme för det just nu. Helst lägga detta på frilleden. Jag ville att vi skulle vara minst två gruppledare i grupperna, men har haft svårt under aren att få kollegor att arbeta tillsammans, alla vill inte, eller så är de rädda, jag vet inte var skon klammer" (Intervju 4)

3.2 Attityder hos personal som kan försvåra ett vidmakthållande

Flera författare har tagit upp i den litteratur jag läst och refererat till i bakgrunds- avsnittet, att patienter med fram för allt femta har möts av negativa omdömen och attityder från personalgrupper inom Hälso- och sjukvården, respondenterna har samma erfarenheter.

"många patienter har berättat historier att när de mött personal, har de mött läkare som haft en nedslående attityd, eller haft kommentarer om deras femta helt enkelt och allting som de söker för, för de svar att det beror på att de är för jocka, så även om de söker för något frång så beror det på femman" (Intervju 1)

"De är karaktäristiska, häromdan när jag var på en Vardcentral sa talade man om den här gruppen att de inte hade någon disciplin" (Intervju 6)

Om man som vårdpersonal börjar ge råd som om alla patienter hade bestämt sig för att gå till handling, kan också påverka möjligheten för individen att vidmakthålla en förändring.

"Ja det tror jag kan påverka, varför skulle det inte göra det? För att man kanske gör någon under en begränsad tid och så orkar man inte vidmakthålla det för att det inte är förankrat i mig som individ, det är inte förankrat i mina värderingar, jag kanske inte heller fått med mig verktyg för att motivera mig själv för att gå vidare när livet känns svårt. Och då är det inte så konstigt att man inte orkar vidmakthålla det här beteendet," (Intervju 8)

3.3 Personalens förväntningar påverkar det patientens möjlighet till förändring

Om personal har för höga eller orealistiska förväntningar på patienten i deras förändringsarbete så kunde det också påverka individens möjlighet att vidmakthålla sin förändring.

"Jag tror det kan skrämma, det ställs krav som kanske personen i fråga inte känner att hon kan uppfylla," (Intervju 4)

Resultatsammanfattning

Hälso- och sjukvårdens viktiga uppgift är att främja hälsa och förhindra sjukdom, men verksamheten ser annorlunda ut, och respondenterna beskrev hur de mött motstånd från överordnade eller kollegor, med sylvriga kommentarer om sitt arbete. Kvinnorna som intervjuades var eldsjälar, hade varit med och brutit ny mark, genom att sätta upp verksamheter/mottagningar för livsstilsbehandling. Samtliga hade även erfarenhet av att detta arbete ifrågasattes och varit med om hot om eller neddragningar av verksamheten. Negativa attityder beskrevs förekomma idag hos olika personalgrupper mot fram för allt personer som lider av femta. Sex av respondenterna är distriktsköterskor, en är hälsopedagog och en är dietist med kompetens även som Kognitiv psykoterapeut, fram för allt så var det distriktsköterskorna som arbetat inom primärvården som hade gjort dessa negativa erfarenheter.

Att lyssna in patienterna och *börja på den nivå* och från den *kunskap* som patienterna hade var ett gemensamt kännetecken. Deltagarna i studien hade gått minst en tredsars kurs i samtalsmetoden Motiverande samtal. Metoden användes dagligen och beskrevs som att den hade förändrat deras synsätt på arbetet med patienterna.

En annan viktig sak som poängterades var att patienten är experten i sina liv, de har alla resurser men det kan vara dolt för dem själva. Uppgiften för personalen var att locka fram det och hjälpa patienten att se sina egna resurser och hitta de egna lösningarna. Att lämna över ansvar till patienten, och istället erbjuda stöd och hjälp så att patienten själv kan åtgärda problemet. "vi inom vården har trott och agerat som att vi kan fixa patienten, men det kan vi inte" det behövs ett nytt synsätt.

Kognitiva beteendeterapeutiska strategier användes i arbetet med återfallsprevention konkret och strukturerat redan från början. Utgångspunkten var de livsmål patienten hade som en hjälp att hitta strategier för att klara av nuet. Risksituationer som kunde leda till ett återfall kartlades och patienten skulle lära sig att tänka efter före innan hon handlade. Patienten fick skriva ner sådana situationer och göra en åtgärdslista på alternativa strategier att ta till istället för cigaretteten eller bakelsen. Tidsåtgången för samtalen med patienterna varierade men cirka en timme togs till det första samtalet, sen varierade de följande från tjugو till trettio minuter. För patienter med mycket svår problematik avsattes oftast en timme per gång. Även antal gånger patienter gick i stödsamtal varierade, gruppbehandling kunde vara från tjugو träffar upp till det dubbla. Flera poängterade vikten av en långsiktig behandling på minst två år, för patienter med femta. Gruppbehandling för tobaksavvänjning var för det mesta tio träffar på en och halv timme under tre månader.

Uppföljning av patienterna varierade men för tobaksavvänjning gällde uppföljning upp till ett år efter stoppet. Det fanns en svårighet med inbokade träffar för uppföljning, för patienterna kom inte till dessa möten. Det bästa var telefonuppföljning, då man kunde fånga patienten i flykten så att säga.

Att se möjligheter istället för hinder, förstärka och ge positiv feedback till det som patienterna lyckas med, poängterades som viktigt för att stärka patientens självkänsla. Patienter med femta eller starkt tobaksberoende har det gemensamt att de har mycket skuldånsior och de missrot sig själva att klara av en förändring, på grund av flera försök bakom sig som de ser som misslyckanden. Uppgiften som personal hade var att ge stöd och vara ett ställföretående hopp tills patienterna började tro på sig själv igen. Förändringen kommer inifrån, när man börjar tycka om sig själv, när fokus för behandlingen läggs på att må bra istället för på vikten eller cigarettens.

Diskussion

Metoddiskussion

Att genomföra en intervjustudie med personer som arbetar inom Hälso- och sjukvården var egentligen inte min första tanke, utan det var hur patienterna själva upplevde detta med svårigheter att vidmakthålla en livsstilsförändring för resten av livet. Den tanken valde jag bort då det skulle bli för omfattande studie på denna nivå.

Jag gjorde frågeguiden och genomförde en provintervju, där jag tyckte att frågorna fungerade bra, och har inte gjort några förändringar. Vissa av respondenterna var väldigt inspirerande när de berättade om vad de gör i patientsamtalen, att jag glömde bort frågeguiden, då kom det naturligt andra följdfrågor som gav värdefulla synpunkter åt min frågeställning, att ta reda på personalens upplevelser av att kunna påverka individer att förändra sin livsstil och vidmakthålla förändringen över tid.

Att intervjua på det här sättet kändes inte helt enkelt, även fast jag själv samtalade med människor, med dem som behöver stöd och hjälp att göra livsstilsförändring, så var känslan annorlunda på något sätt. Möjligen för att jag var ovan i rollen som intervjuare och forskare, i det här möttes man på ett kollegialt plan, vilket kändes mer nervöst.

Det som jag känner saknades i denna intervjustudie var någon person som arbetade på ett mera traditionellt sätt med rådgivning och information om riskerna med en problematisk livsstil, för att få något att jämföra med.

En annan fundering efter det att jag analyserat intervjuerna är att samtliga hade så lika arbetssätt det fanns väldigt lite olikheter i hur man arbetar med patienterna. Kanske hade det framkommit mer om

34

förhållningssättet till patienterna och deras problematik, om jag valt någon respondent på en vårdcentral med andra arbetsuppgifter också som upptar tid och engagemang.

Resultatdiskussion

Personal som arbetar inom Hälso- och sjukvården har erfarenheter av patienter som fått sjukdomar på grund av tobaksbruk eller fejkattig kost och för lite motion. Under lång tid har synsättet utgått från ett patologiskt synsätt där man utgått från ett risktänkande. I Sverige antog Sveriges Riksdag år 2003, Nationella Folkhälsomål, elva olika målområden, med syfte att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, där målområde sex handlar om en Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Där poängteras den stora betydelsen som Hälso- och sjukvården har för den långsiktiga hälsouvecklingen genom den specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. Det är i de vardagliga mötana som personal förväntas bidra till att patienter blir mindre sjuka, får mindre handikapp och mindre smärta, men också underlätta för den som är kroniskt sjuk att leva ett så bra liv som möjligt med sin sjukdom.⁸⁷ Personerna i denna studie är alla väl medvetna om det hälsofrämjande synsättet och har kontinuerligt skaffat sig mer kunskap om metoder som underlättar för dem att nå fram till patienterna de möter. Det framkommer i intervjuerna att detta nya synsätt inte genomrytat hela hälso- och sjukvården ännu, vilket innebär att personal som vill arbeta utifrån ett Hälsofrämjande perspektiv måste kämpa för att få göra det. Argument som framförs mot att arbeta på detta sätt är främst ekonomiska, det finns inte medel till det förebyggande arbetet, man måste bota de sjuka först. Det nya vårdväxsystemet har också inneburit att ersättningen till vårdcentraler har förändrats och med olika ersättningar utifrån profession. I Stockholms län har det inneburit mer fokus på läkarfunktionen och att distriktsköterskekompetensen inte tas till vara på ett effektivt sätt i det hälsofrämjande arbetet.

Den litteratur som belyser det hälsofrämjande perspektivet på ett bra sätt är Ewles & Simnett's bok Hälsoarbete. Det behövs en förskjutning i synen på vilka kunskaper och även arbetssätt som är mest effektiva för att främja hälsa och även förebygga sjukdom. Utmaningen till alla som finns inom Hälso- och sjukvården är att utforma strategier som utvecklar det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet på ett effektivt sätt.⁸⁸

87 Ewles & Simnett; sid 32

88 Ibid 32

35

Kärnan i det hälsofrämjande arbetet är att stödja människor att förbättra sin hälsa och skaffa sig bättre kontroll över den, den grundar sig på WHO:s definition: "Hälsofrämjande arbete är en process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den."⁸⁹ Man kan då ställa sig frågan vad är kännetecknet för ett evidensbaserat hälsofrämjande arbete? Det som Ewles & Simnett tar upp är att ha en kritisk inställning till sin yrkesutövning, som innebär att man hela tiden frågar sig: vad vet jag om vad som kan vara verksamt i just denna situation eller just för den här individen.⁹⁰ Ett sätt att ta reda på det är väl att ha ett individcentrerat förhållingssätt och fråga patienten själv? Respondenterna i denna studie betonar vikten av att lyssna in var patienterna berättar sig, vilka tankar de hade, och vilka erfarenheter de hade av tidigare försök att göra en förändring.

Syftet med denna studie var att ta reda på personalens upplevelser av att kunna påverka individer att förändra sin livsstil och vidmakthålla förändringen över tid. Utifrån Stages of Change modellen som beskrivits tidigare, så skriver Norcross och Prochaska att målet för fasen vidmakthålla är att befästa (konsolidera) vinsterna och förhindra återfall. Måttstocken eller standarden för om man lyckats är om man förblir tobaksfri eller viktstabil, och att man funnit effektiva alternativ istället för cigaretten eller trostättandet för mer än sex månader.⁹¹

Här tycker jag det finns ett problem, sex månader är en kort tid om man tänker på att det tar ett år att göra en livsstilsförändring, "vi har pratat om att förändringen tar ett år, man behöver gå igenom de här årstiderna man ska gå igenom alla högtider, situationer som man gör under ett år".

Respondenterna betonade vikten av långsiktig behandling. Norcross & Prochaska fann också att individen efterfrågade en boosterdos för att kunna vidmakthålla förändringen som de gjort eller för att förhindra ett återfall.⁹² Detta skulle innebära att en effektiv hälsofrämjande strategi för patienter med feima, är att följa samma principer som man har för patienter med t.ex. diabetes, hyperton, astma och KOL, (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom) med årliga kontroller (boosterdos) livet ut efter att de genomgått behandling med beteendetapeutiska åtgärder.

Hur man presenterar Stages of Change modellen tror jag också har betydelse, om det är en cirkel, svängdörr, spiral eller trappa. En cirkel med pilar som går runt utan stopp kan uppfattas som en ond cirkel, det går bara runt hela tiden. Även en spiral kan uppfattas som att man ramlar ner och det blir en negativ spiral man hamnar i. Trappan som illustration till en förändringsprocess kan visa att man går framåt och uppåt, gör man trappstegen djupa så hejdas individen upp av nästa avsats om man

89 Ewles & Simnett:sid 37-38

90 Ibid: sid 114

91 Norcross & Prochaska, sid 6

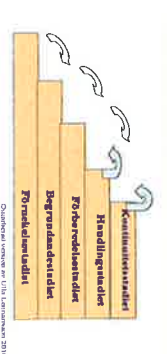
92 Ibid: sid 6

trillar ner genom ett bakslag och kan klättra upp igen, som i min modell.

Transsteorisk modell för beteendeförändring



Transsteorisk modell för beteendeförändring



I Stadiet vidmakthålla är det viktigt att fokusera på vinsterna med förändringen för att förhindra återfall.⁹³ Di Clemente och Prochaska anser att även stadiet vidmakthålla är en aktiv del i förändringsprocessen mer än frånvaro av förändring.⁹⁴

I tobaksavvänjning skiljer man på bakslag och återfall där bakslag är en tillfällig tillbakagång i det gamla beteendet för att sedan återgå till de nya vanorna, återfall blir det när individen ger upp vid ett bakslag, man missrotar och känner skuld och går tillbaka fullt ut till det gamla beteendet.⁹⁵

Kognitiv behandling som återfallsprevention innebär att man ändrar både sättet att tänka och sättet att handla. Att våga bryta invanda mönster, och att pröva alternativa strategier, att våga lämna det invanda och trygga. Med hjälp av de nya kunskaperna, leder det till ett förändrat beteende och det sker genom träning av nya strategier.⁹⁶ I intervjuerna så fick de berättat om sitt sätt att förebygga återfall med kognitiva metoder för att stärka patienterna till att vidmakthålla de nya vanorna.

Att lämna över ansvaret till patienterna var en viktig del i att stärka deras självkänsla, detta tar även Ewles & Simnett upp i kapitlet om självständighet eller beroende.

Självständighet främjas genom att uppmuntra individerna:

- att fatta egna beslut och motstå frestelsen att själv "ta över" beslutsfattandet,
- uppmuntra dem att själva tänka ut lösningar, även om det tar längre tid än om personal säger till dem vad som ska göras.
- respektera även udda idéer.

Detta är en grundläggande målsättning i allt hälsofrämjande arbete, som hjälper patienter att öka kontrollen över sin hälsa. Men det finns ett konkret problem med detta och det är att det är

93 Norcross& Prochaska, sid 6

94 Prochaska J. & DiClemente C; *Stages and processes of Self-Change of smoking; Toward an integrative model of change;* Journ of Consulting and Clin-Psychology 1983, vol 51, No 3, 390 -395

95 Brown Richard. A et al; *Distress tolerance and early smoking lapse;* Clinical Psychology review 25(2005)713-733

96 Österling Agneta; *Väckarklockan, Manualbaserad återfallsprevention vid beroende;* sid 19; Meda 2001

tidsödande arbete att hjälpa människor att bli mer självständiga.⁹⁷ Respondenterna i denna studie betonade ofta hur viktigt det var med långsiktig behandling, fram för allt för individer som lider av femna, men min uppfattning är att det även är viktigt i tobaksavvänjning. Men det behövs inte vara tidsödande, det kan räckas med femton till tjugio minuter inklusive tid för dokumentation för återbesöken, om patienter tränar på en ny strategi i taget. Det som Lars Forsberg skriver i sin artikel är att användningen av Motiverande samtal lönar sig bättre än att informera och ge råd, för att här utgår man från patientens egna tankar och funderingar om hur och när en förändring ska ske.⁹⁸ De studier jag relaterar till under avsnittet tidigare forskning visar att ett uppgiftsorienterat förhållningssätt hos personalen kan väcka motstånd hos patienterna och det kan då leda till att de inte gör någon förändring som är långvarig.

En viktig del som framkom i intervjuerna var att förändring sker lättast om personen tycker om sig själv, det stämmer väldigt bra med Ewles & Simnett.

Personalen kan hjälpa patienter att få en mer positiv självbild genom att:

- berömma deras framsteg, starka sidor och ansträngningar,
- ta upp vanor som kan vara ohälsosamma utan att komma med pekpinnar,
- ta tid att utforska olika tankbara lösningar.

Det övergripande målet för hälsofrämjande arbete är att göra människor kapabla att ta kontroll över och förbättra sin egen hälsa, och det görs bäst i en samarbetspräglad, icke dömande relation. Det bygger på individens befintliga kunskaper och erfarenheter, och att uppmuntra dem till större självständighet, att stärka deras förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa och hjälpa dem att se positivt på sig själva.⁹⁹ Motiverande samtalsmetoden passar väldigt bra ihop med denna målsättning, eftersom den bygger på samma principer.

Denna studie visar att Motiverande Samtal har varit en viktig del för personalen som förändrat synsättet till patienterna och att de funnit en glädje av att förändra sitt eget perspektiv från det patogena till det salutogena förhållningssättet, och att kunna kombinera dem i en effektiv samtalsmetod.

Jag tror att vi idag står mitt i ett paradigmskifte inom hälso-och sjukvården och om målområde sex ska bli en verklig behövs det en stark politisk vilja att prioritera detta område. Samtidigt är det också ett ansvar för den enskilde yrkesutövaren att vilja ta till sig ny forskning och få de kunskaper som krävs.

En av de viktigaste hälsofrämjande faktorerna som finns är fysisk aktivitet, och det anser jag är något som kan hjälpa individer att vidmakthålla både sin röklighet och att behålla sin vikt. Att

97 Ewles & Simnett; sid 163

98 Forsberg 2006

99 Ewles & Simnett; sid 165

uppmuntra patienter till detta skulle prioriteras istället för att skriva ut läkemedel till problematik som orsakas av livsstilen. Att skriva Fysisk Aktivitet på recept är en bra metod och hjälper individen att komma igång samtidigt som det ger en trygd åt behandlingen.

Fortsatt forskning

Ett förslag kan vara att göra fokusgruppsintervjuer med patienter som har femna och även de som röker för att ta reda på deras syn varför det är svårt att vidmakthålla förändringen över tid.

Referenser

- Abrahamsson Agneta. *Addressing smoking during Pregnancy*. Lunds Universitet 2004
- Agerberg Miki. *Kidnappad hjärna – en bok om missbruk och beroende*. Lund Studentlitteratur 2004
- Antonovsky Aaron. *Hälsans Mysterium*. WS Bookwell Finland Natur& Kultur 2003
- Arborelius Elisabeth. *Varför gör dom inte som vi säger*. HSN media Mölndal Sockholms Läns Landsting 1996
- Barth Tom & Näsholm Christina. *Motiverande samtal – Mått hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Narayana press Danmark Studentlitteratur 2006
- Brown Richard. A et al. *Distress tolerance and early smoking lapse*. Clinical Psychology review 25(2005)713-733
- Butler C, Rollnick S & Stott N (1996) *The practioner: the patient and resistance to change, recent ideas on compliance*. Canadian Medical Association Journal 154, 1357-1362
- Edlund Klara & Zethelius Björn. *Fejma – medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi*. Pozkal, Poland; Studentlitteratur 2009
- Ewles, Linda & Simmet, Ina. *Hälsorbeite 2*: a upplaga Lund Studentlitteratur 2005
- Faskunger Johan. *Motivation för motion; hälsovägledning steg för steg*. Farsna SISU Idrottsböcker, 2004
- Forsberg Lars. *Motiverande samtal- bättre än råd*, Särtryck Läkartidningen – Tema Psykoterapi. Läkartidningen nr 42 2006 Volym 103; sid 3178 -3180
- FVSS 2008- *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*; Sverige Statens Folkhälsoinstitut
- Hanson Anders. *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö Studentlitteratur 2004.
- Kvale Steinar & Brinkmann Svend. *Den kvalitativa forskningsintervjun, 2* a upplagan. Ehlanders Kft Hungary 2010 Studentlitteratur 2009
- Lendahl Lena. *Smoking cessation and Health promotion around pregnancy*. Lunds Universitet, 2003
- Lindroos Anna-Karin & Rössner Stephan. *Fejma från gen till samhällsöverkar*. Pozkal Poland, Studentlitteratur 2007

Lundh, Lena. *Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care*; The Authors Journal compilation 2006, Blackwell Publishing Ltd

Melin Ingela. *Obesitas – handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fejma och metabol syndrom baserad på kognitiv beteendemodifikation och konventionell behandling*. Malmö Studentlitteratur 2001

- Norcross J C & Prochaska J O. *Using the stages of change*. Harv ment Lett 18(11) 2002: 5-7
- Pellmer Christina & Wramner Bengt. *Tobaksbruk – förekomst, effekter och förändringsmöjligheter*. Lund Studentlitteratur 1997
- Post, Ann & Giljam Hans. *Tackla Tobak; Tobaksprevention i teori och praktik 2*: a uppl. Lund Studentlitteratur 2003
- Prochaska, J.O. & DiClemente. *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395
- Rollnick, S & Mason, P. & Butler, C. *Health Behaviour Change – a guide for practioners*. London Churchill Livingstone 1999
- Scerbo F, Faulkner G, Taylor A, Thomas S. *Effects of exercise on cravings to smoke: The role of exercise intensity and cortisol*. Journal of Sports Sciences, vol 28, Issue 1, pages 11-19, Jan 2010
- Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik -rapport nr 138. *Metoder för rökavvänjning*. Stockholm SBU 1998
- Taylor et al. *Addiction*, vol 102, nr 4, www.alpallaleo.org april 2007
- Teachmann BA & Brownell KD. *Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune?* International Journal of Obesity (2001) 25, 1525-1531
- Trost Jan. *Kvalitativa Intervjuer*, Tredje upplagan Studentlitteratur 2007

I Österling Agneta. *Väckerblocken. Manualbaserad återfallsprevention vid beroende*. Malmö Meda 2001

Internetkällor:

- Wikipedia:
<http://sv.wikipedia.org/wiki/Special:Search?search=sigmatisering&fulltext=%C3%B6k>
- Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning
<http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>

Frågeguide för intervjuer med hälso- och sjukvårds personal

Syftet med denna studie är att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens roll i att vidmakthålla en livsstilsförändring.

Den här intervjun sker frivilligt och du kan när som helst avbryta om det inte känns OK att fortsätta. Allt som sägs på detta band är konfidentiellt, det är endast min handledare Maria Schuster och jag som har kännedom om det som du berättat. Allt material kommer att förstöras när uppsatsen är klar.

1. Hur kom det sig att du hamnade här?
Vad har du för utbildning?
2. Hur trivs du med ditt arbete?
3. Vad håller du på med just nu?
4. Berätta hur du gör när du möter patienter med obesitas/ tobaksberoende?
5. Kan du berätta om en lyckad arbetsrelation?
Vad gjorde du?
Hur gjorde du?
6. Kan du också berätta om en situation som du inte tyckte blev så bra?
Vad gjorde Du?
Hur gjorde Du?
7. Vad är hälsa för dig?
8. Hur ser du på detta med svårigheterna att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid?
9. Vad tror du är orsaken till personers svårigheter att ha kvar den nya livsstilen i livets olika skeden?
10. Är det något du vill tillägga?

TILL DELTAGARE I INTERVJUSTUDIEN

Jag heter Ulla Lennartsson och jag studerar Hälsovetenskaplig utbildning vid Stockholms universitet. I studierna ingår ett examensarbete, C-uppsats.

Inom ramen för detta genomför jag en intervjustudie. Syftet med min studie är att undersöka svårigheterna att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid inom områdena obesitas och tobaksberoende.

Intervjun, som beräknas ta ca 1½ timme, kommer att bandas för att sedan kunna skrivas ut och tillsammans med övriga intervjuer ligga till grund för studien. All information som delges mig kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att frankomna data kommer att presenteras i studien på ett sätt så att de inte kan härledas till enskilda personer. De bandinspelningar som görs i denna studie kommer i sin helhet enbart att vara tillgängliga för mig och min handledare. Ditt deltagande i studien är frivilligt, vilket innebär att du när som helst har rätt att dra dig ur, även mitt under pågående intervju.

Tack för ditt deltagande i studien!

Vi träffas den 18/1-2009

Har du ytterligare frågor och funderingar angående ditt deltagande eller studien så får du gärna kontakta mig eller min handledare.

Ansvarig för studien:

Ulla Lennartsson	Handledare: Maria Schuster
tel.nr: 08/55025481	08-12076543
070 484 55 41	
e-post: ulla.ljung-lennartsson@sil.se	marja.schuster@utep.su.se

Jag har tagit del av ovanstående information:

Ort och datum

Namn

Till Vederborande Verksamhetschef
som är urvald att delta i en intervjustudie för en C-uppsats vid Stockholms Universitet.

Jag heter Ulla Lennartsson och jag studerar Hälsovetenskap vid Stockholms universitet. I studierna, ingår ett examensarbete, C-uppsats.

Inom ramen för detta genomför jag en intervjustudie. Syftet med min studie är att undersöka svårigheterna att vidmakthålla en livsstilsförändring över tid inom områdena obesitas och tobaksberoende.

Intervjun, som beräknas ta ca 1½ timme, kommer att bandas för att sedan kunna skrivas ut och tillsammans med övriga intervjuer ligga till grund för studien. All information som delges mig kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att framkomna data kommer att presenteras i studien på ett sätt så att de inte kan härledas till enskilda personer. De bandinspelningar som görs i denna studie kommer i sin helhet enbart att vara tillgängliga för mig och min handledare Maria Schuster. Deltagande i studien är frivilligt, vilket innebär att man när som helst har rätt att dra sig ur, även mitt under pågående intervju.

Tack för ditt medgivande att kan delta i studien!

Har du ytterligare frågor och funderingar angående din medarbetares deltagande eller studien så får du gärna kontakta mig eller min handledare.

Ansvarig för studien:

Ulla Lennartsson
tel.nr: 08/55025481
mobil 070 484 5541

Handledare: Maria Schuster
Filosofie doktor, Universitetslektor
08-12076543

e-post: ulla.ljung-lennartsson@su.se

marja.schuster@utep.su.se

Jag har tagit del av ovanstående information:

Ort och datum

Namn

Stockholms universitet
106 91 Stockholm
Telefon: 08-16 20 00
www.su.se

