



Livet är ditt!

- en studie om livskvalitet
och motiverande samtal

Julia Ahlén & Maria Åhman

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
Examensarbete 03:2010
Hälsopedagogprogrammet 2007-2010
Handledare: Jan Seger

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka om en kortare period av motiverande samtal (MI) kunde påverka livskvaliteten positivt hos en arbetande population. De tre frågeställningarna var: Kan en kort period av MI förändra livskvaliteten positivt? Vilka eventuella effekter har en kortare period av MI på livskvaliteten? Finns det några skillnader i eventuell förändring av livskvalitet mellan kön, ålder samt utbildningsnivå?

Metod

Studien bestod av två MI-samtal med tre veckors mellanrum, samt en enkätundersökning som genomfördes före och efter samtalsperioden. Ett företag kontaktades och deltagarna rekryterades genom information på företagets intranät. 25 anmälda bildade MI-gruppen och därefter efterfrågades kontrollgruppsdeltagare via mail, 23 anställda bildade kontrollgruppen. Företaget hade sedan många år tillbaka haft ett nära samarbete med företagshälsovården. En redan framtagen livskvalitetsenkät, SF-36, användes tillsammans med en egen kompletterande enkät om kön, ålder och utbildning. Enkätsvaren kodades om och analyserades enligt manualen för SF-36. Därefter utfördes statistiska tester för att få fram eventuella skillnader inom och mellan grupperna. Det totala bortfallet blev fyra personer från kontrollgruppen, resultatet beräknades utifrån 19 deltagare i kontrollgruppen och 25 deltagare från MI-gruppen.

Resultat

Resultaten visade att en kortare period av MI inte kunde förändra livskvaliteten och att det inte heller fanns någon signifikant skillnad i livskvalitet mellan grupperna. Vi tror att det bland annat kan bero på det tidigare hälsoarbetet på företaget. Däremot kunde en signifikant förbättring av den mentala hälsan inom MI-gruppen konstateras som en effekt. Det fanns inga skillnader i förändring av livskvalitet mellan kön, ålder och utbildningsnivå.

Slutsats

Slutsatsen blev att signifikanta resultat på livskvaliteten inte går att uppnå på så kort tidsperiod som studien avsåg. Utifrån de givna tidsramarna var studiens modell hanterbar och kunde ändå uppvisa resultat i form av en förbättring av mental hälsa hos MI-gruppen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Inledning.....	1
1.2 Bakgrund.....	2
1.2.1 Livskvalitet.....	2
1.2.2 Forskning om livskvalitet.....	3
1.2.3 Transteoretiska modellen.....	4
1.2.4 Motiverande samtal - grund och struktur.....	6
1.2.5 Motiverande samtal och förändringsstadier.....	7
1.3 Forskning kring MI.....	8
1.3.1. MI's mekanismer.....	9
1.4 MI som samhällsnytta?.....	10
1.5 Definitioner.....	11
1.6 Syfte och frågeställningar.....	11
2 Metod.....	12
2.1 Metodval.....	12
2.2 Urval.....	13
2.2.1 Studiepopulation.....	14
2.3 Tillvägagångssätt.....	15
2.3.1 Förberedelser.....	15
2.3.2 Genomförande.....	16
2.4 Databearbetning.....	17
3. Resultat.....	18
4. Diskussion.....	19
4.1 Livskvalitet.....	19
4.2 Metoddiskussion.....	21
4.2.1 Enkät.....	21
4.2.2 Diskussion kring studiepopulationen.....	22
4.2.3 Samtal.....	23
4.3 Resultatdiskussion.....	24
4.4 Framtida forskning.....	27
4.5 Slutsats.....	27
Käll- och litteraturlista.....	28

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 Kompletterande enkät

Bilaga 3 Mail-intervju med företagshälsovården

Bilaga 4 Diagram över sjukskrivningar

Bilaga 5 Intranätsinformation om studien

Bilaga 6 Informationsbrev MI-grupp

Bilaga 7 Informationsbrev kontrollgrupp

1 Inledning

”*Livet är ditt*” står det på ABF's (Arbetarnas Bildningsförbund) hemsida med utbildningar som de erbjuder. Många utbildningar handlar om att ta tag i sitt liv och göra någonting för att må bättre. De uppmanar människor att ta steget för att bli mer aktiva till exempel genom att röra på sig, äta nyttigare och planera sin tid för att det ska bli mindre stressigt.¹ Samtidigt som utbildningar lockar hugade till kurser om livsstilsförändringar så visas trenden på ökat intresse för hälsa även i media, där exempelvis tv-programmet om viktninskning, ”Biggest loser”, har blivit en tittarsuccé och som i dagsläget sänds i 65 länder.² Ett annat verktyg för att lägga om sin livsstil är motiverande samtal (MI), vilket studerades i den här studien.

Botandet av akuta sjukdomar gjorde stora framsteg under 1900-talet. Den framgångsrika kontrollen av infektionssjukdomar ökade förväntningarna på livslängden. Fler sjukdomar blev behandlingsbara och hälso- och sjukvården bidrar idag till att människorna är friskare än någonsin i utvecklade länder.³ Under 2000-talet har hälso- och sjukvården i större utsträckning börjat studera hur långvariga levnadsvillkor och beteendeförändringar skall hanteras, vilket betyder vad människan själv kan göra för att förbättra sin hälsa.⁴ Trots detta visar det sig ändå att dagens unga vuxna har sämre hälsa än sina föräldrar, vilket är första gången detta händer i modern historia. Många sjukdomar som är vanliga idag är starkt kopplade till livsstil och hälsobeteende.⁵

Det finns flera möjliga faktorer som skulle kunna påverka livskvaliteten, bland annat utbildningsnivå. I en rapport om Folkhälsoenkäten 2008 står det:

*”Kvinnor med kort utbildning har i högre utsträckning en sämre psykisk hälsa jämfört med kvinnor med längre utbildning, de besväras av huvudvärk, känner ängslan, oro eller ångest, har svårt att sova och har i större utsträckning försökt att ta sitt liv. Män med kort utbildning har i större utsträckning sömnbesvär än män med lång utbildning.”*⁶

¹ ABF Stockholm, *Livet är ditt*.

² TV4, *TV4 gör svensk version av Biggest loser*, 2009-10-14.

³ B. Holm Ivarsson, *MI – motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården*, (Gothia Förlag, 2009), s. 25.

⁴ *Ibid.* s. 26.

⁵ *Ibid.* s. 25.

⁶ K. Paulsson, A-S Karlsson & C. Wadman, *Hälsa på lika villkor: resultat från nationella folkhälsoenkäten – 2008*, s. 5.

I rapporten står det även att ”Användningen av läkemedel ökar med stigande ålder med undantag för användning av receptfri smärtstillande medicin som främst används av kvinnor och män i åldern 16-44 år.”⁷ Om användning av läkemedel ökar med stigande ålder, kan då även livskvalitet ha med ålder att göra? Livskvaliteten är viktig genom hela livet, oavsett ålder. Den arbetande befolkningen innefattar såväl unga vuxna som personer nära till pensionen. Dessutom nås genom föräldrarna även deras barn, vilket gör att en ännu större del av befolkningen innefattas i målgruppen. Den arbetande befolkningens livskvalitet är på grund av detta av intresse att undersökas.

1.2 Bakgrund

1.2.1 Livskvalitet

Livskvalitet handlar om vad som gör livet värt att leva. Det kan enligt Brulde vara av instrumentellt värde, det vill säga medel till något, som till exempel pengar. Alternativt vara av ett finalt värde, det vill säga som mål snarare än medel, som exempelvis lycka. Tanken är att det är frånvaron av negativa finala värden och närvaron av positiva finala värden som gör livet värt att leva. Livskvaliteten beror alltså på hur stor del av de finala värdena som är positiva respektive negativa. Inom sjukvården används ofta termen psykosociala faktorer, inom denna ram faller patientens välbefinnande, ekonomi, arbetsliv, relationer och liknade. Denna term är bred vilket gör att också begreppet blir komplext, då livskvalitet och hälsa är svårt att särskilja samt att finala och instrumentella värden hamnar under samma kategori.⁸ Utifrån detta resonemang väljer vi att definiera hälsa ”*Den subjektiva upplevelsen av den mentala, fysiska och sociala hälsan*” då vi anser att alla dessa komponenter påverkar livet och gör livet värt att leva.

Livskvalitet, hälsotillstånd och funktionell status är tre begrepp som ofta används synonymt för att hänvisa till samma domän av "hälsa". Hälsodomänen varierar från negativt värderade aspekter av livet, såsom dödsfall, till mer positivt värderade aspekter, såsom lycka. Gränserna för definitionen beror vanligtvis på att hälsa bedöms som ett särskilt problem för patienter. HRQL står för *Health Related Quality of Life* eller på svenska *hälsorelaterad livskvalitet*.⁹ HRQL används då det finns många olika aspekter på livet som inte alltid anses som hälsa, till

⁷ Paulsson, s. 5.

⁸ B. Brulde, *Teorier om livskvalitet* (Lund: Studentlitteratur AB, 2003) s. 10f.

⁹ HRQL-gruppen.

exempel intäkter, frihet och miljöns kvalitet.¹⁰ Även en instabil eller låg inkomst, låg kvalitet i ens miljö/omgivning samt bristen på frihet kan påverka hälsan, dessa problem saknar ofta en koppling till hälsoproblem. Men när en patient är sjuk kan nästan alla aspekter av livet bli hälsorelaterade.¹¹

För att mäta effekterna av kroniska sjukdomar menar Guyatt et al att HRQL är viktigt. Fysiologiska åtgärder ger information till läkare men är ofta av begränsat intresse för patienterna. De fysiologiska åtgärderna korrelerar ofta dåligt med funktionsförmåga och välbefinnande, vilket är områden som patienterna är mest intresserade av och känner till. Ett annat skäl att mäta HRQL är det vanliga fenomenet att två patienter med samma kliniska kriterier ofta dramatiskt får olika reaktioner. Till exempel kan två patienter med samma utbud av rörelse och till och med liknande bedömningar av ryggsmärta kan ha en annan rollfunktion eller känna ett emotionellt välbefinnande. Guyatt menar att dessa faktorer förklarar varför hälsoadministratörer, patienter och sjukvård alla är intresserade av effekterna av ingrepp på HRQL i USA där han är verksam. Administratörer är särskilt intresserade av HRQL eftersom ökade ansträngningar genomförs för att införliva HRQL som mått på vårdens kvalitet och klinisk effektivitet, och på grund av att betalare börjar använda sig av information om HRQL i beslut om ersättning.¹² Ett sätt att mäta HRQL är med en enkät kallad SF-36.

1.2.2 Forskning om livskvalitet

En studie av Svärdsudd och Tibblin visar bland annat på att livskvaliteten påverkar livslängden. Detta är en studie där de under 15 år studerade hur upplevd hälsa och 30 olika symptom påverkade livslängden samt även hur bland annat fysisk form, aptit, energinivå, humör och rökning inverkade. Med alla faktorer, även rökning och dess konsekvenser, med i beräkningarna visade studien att de som hade en försämring av sin upplevda hälsa under en sjuårsperiod hade högre dödlighet än de som inte hade någon förändring (p-värde <0,0001). Något annat som också påvisades i studien var att om arbets- och familjesituationen var tillfredsställande, alternativt att bara en av dessa var det, låg dödligheten på 30 procent till skillnad från om båda dessa situationer var dåliga, då låg dödligheten kring 50 procent.¹³

¹⁰ G. H. Guyatt, D. H. Feeny & D. L. Patrick, "Measuring Health-related Quality of Life", *Annals of Internal Medicine* 118:8 (1993:4), s. 622-629.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ K. Svärdsudd, & G. Tibblin, "Is Quality of Life Affecting Survival? The Study of Men born in 1913", *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement 1* (1990:1), s. 55-60.

Aaron Antonovsky är professor i medicinsk sociologi och han menar att känslan av sammanhang, KASAM, i livet är mycket viktigt för att kunna hålla sig frisk. Han arbetar utifrån det salutogena perspektivet, vilket betyder att utgå från hälsa, och menar att KASAM är det som behövs för att kunna röra sig mot den friska polen mellan ohälsa och hälsa.¹⁴ Antonovsky diskuterar kring de tre centrala komponenterna i KASAM; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Detta betyder att om en person har stark KASAM, det vill säga känner att det personen är med om är begripligt, hanterbart och meningsfullt, har denne större chans att hålla sig frisk.¹⁵ Begriplighet består utav "... i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, som information som är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig..."¹⁶ Med hanterbarhet menas "som den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande, med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man bombarderas av."¹⁷ Komponenten meningsfullhet syftar till "i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att åtminstone en del av de problem och krav som livet ställer en inför är värda att investera energi i, är värda engagemang och hängivelse..."¹⁸ Han menar att kraven och problemen inte skall ses som något betungande utan välkomna dem som utmaningar.¹⁹

1.2.3 Transteoretiska modellen

Det finns olika teoretiska förklaringsmodeller som kan användas för att förstå, förklara och förändra beteenden.²⁰ Ett urval av dessa modeller är Transteoretiska modellen, Health Belief Model och Social Cognitive Theory.^{21 22} I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om att främja fysisk aktivitet skriver de: "*Interventioner som bygger på teoribaserade beteendeförändringsmodeller ökar den fysiska aktiviteten 10–15 procent mer än vanligt omhändertagande. Det gäller i synnerhet när interventionsinsatsen har varit relativt omfattande, som i livsstilsstudier.*"²³ Den transteoretiska modellen är utgångspunkt för flera förändringsmetoder, varav en av dessa är motiverande samtal.

¹⁴ A. Antonovsky, *Hälsans mysterium* (Natur och kultur, 1991), s. 7, 37.

¹⁵ Ibid. s. 38.

¹⁶ Antonovsky s. 39.

¹⁷ Ibid. s. 40.

¹⁸ Ibid. s. 41.

¹⁹ Ibid. s. 41.

²⁰ Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, "Att bli fysiskt aktiv", *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, Red. Agneta Ståhle (Statens folkhälsoinstitut, 2008), s. 65.

²¹ S. Hultgren, *Fysisk aktivitet Folkhälsa Beteendeförändringar: En beteendevetenskaplig betraktelse*, Upplaga 1:3, (Uppsala: Kunskapsföretaget i Uppsala AB, 2008), s. 99 ff.

²² Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, s. 65.

²³ SBU, *Metoder för att främja fysisk aktivitet: En systematisk litteraturöversikt*, 2007-03, s. 24.

Transteoretiska modellen (TTM) integrerar processer och principer för förändring från olika interventioner, därav namnet transteoretisk.^{24 25} Modellen uppkom vid en jämförande analys av ledande teorier i psykoterapi och beteendeförändring. Analysen identifierade tio processer vid förändring. I en empirisk analys av Prochaska et al jämfördes frekvensen av de olika förändringsprocesserna bland rökare som själva försökte förändra sitt beteende och bland rökare som fick professionell behandling.²⁶ Deltagarna sa att de använde olika processer vid olika situationer. Detta gav insikten att beteendeförändring sker i en serie av förändringsstadier.²⁷

Den transteoretiska modellen består av olika delar. En av dessa delar kallas förändringsstadier och delar in människor i olika stadier beroende på förändringsbenägenhet. Förändringen tolkas som en process, där utveckling sker i en serie av sex stadier. Omedvetenhet (precontemplation) är stadiet där människor inte avser att förändra något den närmsta framtiden, mätt över de nästkommande sex månaderna. Det kan bero på att de är ovetande om konsekvenserna av deras beteende eller att de har försökt förändra ett antal gånger men inte lyckats och därför känner sig uppgivna. Båda grupperna tenderar att undvika tankar, information och samtal kring riskbeteendet. I andra teorier kategoriseras dessa människor som ointresserade eller omotiverade. I begrändandestadiet (contemplation) övervägs förändring inom sex månader. Medvetenhet kring fördelar och nackdelar finns, vilket kan bidra till ambivalens. Förändring eller inte? Nästa stadium är förberedelsestadiet (preparation) där människor har för avsikt att påbörja förändring inom en snar framtid, vanligtvis nästa månad. De har en plan för förändringen, till exempel att söka hjälp i en viktminskningsgrupp eller gå till en psykolog. Aktionsstadiet (action) är stadiet där människor har gjort specifika livsstilsförändringar inom de senaste sex månaderna. I vidmakthållandestadiet (maintenance) är det fokus på att förhindra återfall. Detta stadium kan vara från sex månader till runt fem år. Varaktig förändring (termination) är stadiet där individen har full självtillit och ingen frestelse av tidigare beteende, oavsett vilka förhållanden som råder, som exempelvis depression, stress och hunger.²⁸

²⁴ J. Prochaska & W. Velicer, "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change", *American journal of health promotion*, (1997:12(1), Sep-Okt), s. 38-48.

²⁵ Hultgren, s. 101.

²⁶ Prochaska.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

En annan del av TTM är handlingsprocesserna för förändring. Processerna ger viktiga riktlinjer för interventionsprogram. Den tredje delen fokuserar på självtillit och motivationsbalans. En svårighet med insatser inom psykoterapi och beteendeförändring är att hålla kvar vid det nya beteendet. En av de grundläggande principerna för framsteg är att olika förändringsprocesser måste tillämpas i olika stadier av förändring. Ett slående resultat för stadieanpassade program är likheten mellan deltagare som sökte hjälp och de som aktivt rekryterats.²⁹ Vilket betyder att det inte spelar någon roll om deltagarna sökt hjälp eller till exempel ingår i en studie, resultatet blir ändå detsamma eller liknande.

1.2.4 Motiverande samtal - grund och struktur

Stephen Rollnick och William R. Miller utvecklade ”Motivational Interviewing”, som på svenska kallas motiverande samtal eller förkortas MI. Motiverande samtal bygger på Rogers och Gordons klientcentrerade psykoterapi, men även på den transteoretiska modellen. ”*Motiverande samtal är en klientcentrerad, direktiv metod för att stärka inre motivation till förändring genom att utforska och lösa ambivalens*”.³⁰ MI är ett samtal där klientens uppfattningar, tankar och känslor är utgångspunkt. MI har till uppgift att förbereda individen för förändring, genom att samtalsledaren ställer konstruktiva frågor som gör att individen kommer fram till ett beslut och blir medveten om ambivalensen som ofta bidrar till dilemman.³¹ Genom att stödja samtalsdeltagaren, trots att dennes beslut inte är vad omvärlden förväntar sig, inger detta ett förtroende som skapar reflektioner, men även självrannsakan kring om beslutet är relevant. Deltagaren ska få reflektera kring nackdelar, fördelar och konsekvenser.³² Samtalet är värderingsfritt och individen ska inte behöva veta vad samtalsledaren anser i frågan. Detta betyder att individen inte ska behöva känna skuld eller skam, denne bör inte få flertalet råd, inte heller antydningar eller rekommendationer.³³ Samtalsledaren bidrar alltså till en atmosfär som skapar nyfikenhet och trygghet, vilket underlättar för att kunna hitta motivationen samt vid förändringsarbete. ”*Målet är förändring – en förändring som för klienten ska kunna leda till bättre hälsa eller högre livskvalitet.*”³⁴

²⁹ Prochaska.

³⁰ C. Wagner, *Motivational Interviewing: resources for clinicians, researchers and trainers*, 2009-11.

³¹ Hultgren s. 108 f.

³² Ibid. s. 110.

³³ Ibid.

³⁴ T. Barth & C. Näsholm, *Motiverande samtal – MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor* (Studentlitteratur AB, 2008), s. 32.

En av grundtankarna med MI är att alla människor bär på möjligheter och lösningar som kan leda till förändring i rätt riktning. Då lösningen kommer inifrån individen själv blir förändringen oftast bättre och mer hållbar än om det kommer ifrån andra.³⁵ Rådgivaren jobbar således med klientens egna upplevelser och tankar, vilket kan minska risken för motstånd och samtidigt öka chansen för hållbar förändring. En viktig del i MI-samtalet är att klienten och rådgivaren rör sig på reflekterande nivå, vilket är en förutsättning för utveckling och förändring. Där kan klienten betrakta sig själv och reflektera kring sina egna tankar.³⁶

MI är en klientcentrerad metod, där klienten och rådgivaren båda är lika aktiva och viktiga. Samtalet genomgår olika faser. Rådgivaren har en strategisk aktivitet, där denne till en början är bekräftande och visar empati. Därefter intar både klient och rådgivare en reflekterande position, som kan efterföljas av att rådgivaren kan bidra med skifte av perspektiv och utmaningar. I slutfasen leds samtalet in mot beslut och handling, där klienten är som mest mottaglig för råd.³⁷

MI kan användas i såväl långa rådgivnings- och behandlingsprocesser som korta konsultationer, som då inte alltid hinner igenom alla faserna. Vid de korta konsultationerna sker oftast en snabb bedömning av var klienten står och hur långt denne har kommit i sin egen process, och därefter läggs fokus på att arbeta med den fas som för tillfället är aktuell.³⁸

1.2.5 Motiverande samtal och förändringsstadier

Förändringsstadierna från TTM kan många gånger vara ett hjälpmedel inom MI. Genom att ge struktur och översikt åt arbetet, men även genom att underlätta anpassningen av insatser till klientens motivationsnivå kan förändringsstadierna vara riktlinjer för MI-rådgivaren. Då TTM även har ett stadium innan begründandestadiet – omedvetenheten – kan MI vara en metod att hitta motivation och insikt att begrunda och eventuellt förändra ett beteende. Utifrån vilket förändringsstadium klienten befinner sig i kan MI-samtalet anpassas efter stadiet och på så sätt möta klienten där denne befinner sig i motivation och utveckling.³⁹

³⁵ Barth, s. 33.

³⁶ Ibid.

³⁷ Barth s. 39.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid. s. 80.

1.3 Forskning kring MI

En systematisk studie och meta-analys genomfördes av Rubak et al, där de systematiskt gick igenom 72 RCT-studier (randomiserade kontrollerade studier). De studerade effekten av MI på olika typer av sjukdomar samt identifierade faktorer som ledde till resultat. Rubak et al visade på en signifikant effekt av MI på uppskattningar för bland annat BMI, blodkolesterol, systoliskt blodtryck och alkoholkoncentration i blodet.⁴⁰ MI visade signifikanta resultat i tre av fyra studier, där både fysiska och psykologiska sjukdomar visade resultat på 72 respektive 75 procent effekt. Studierna visade också att det krävs mer än ett möte för att säkerställa effekten.⁴¹ Det visade sig bli olika resultat beroende på vilka som höll i samtalen, när psykologer och läkare höll i samtalen gav det en effekt på 80 procent medan andra vårdgivare visade en effekt på 46 procent.⁴²

I en studie av Butterworth et al från 2006, undersökte de för första gången hur MI-baserad hälsocoachning påverkade hälsostatusen. Forskningen visade att MI-baserad hälsocoachning förbättrade den fysiska och mentala hälsostatusen på arbetsplatsen under en tremånadersperiod. De 276 deltagarna fick välja mellan att ingå i samtalsgruppen eller kontrollgruppen, där samtalsgruppen fick minst tre samtal á 30 minuter av MI-tränad hälsovårdspersonal. De undersökte den mentala och fysiska hälsostatusen med hjälp av enkäten SF-12, som är en kortare version av SF-36. Samtalsgruppen förbättrade sig signifikant i både mental och fysisk hälsa. Analys visade att de oberoende variablerna ålder, kön, jobbkategori och antal samtal inte hade någon inverkan. Butterworth et al menar att MI-baserad hälsocoachning är ett kostnadseffektivt alternativ på hälsoarbete på arbetsplatsen. De diskuterar kring vilka som väljer att delta i hälsoprojekt. En av deras källor visade att anställda med lägre risk för sjukdom oftare tenderade att delta i hälsoprojekt. I studien av Butterworth et al hade deltagarna i MI-gruppen däremot i större utsträckning högre risk för sjukdom än de i kontrollgruppen, vilket visar på att de som behövde hjälp i form av hälsocoachning sökte sig till den.⁴³

⁴⁰ S. Rubak, A. Sandboek, T. Lauritzen & B. Christensen, "Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis". *British Journal of General Practice* (2005:55(513)), s. 305-312.

⁴¹ Rubak.

⁴² Ibid.

⁴³ S. Butterworth, A. Linden, W. McClay & MC. Leo, "The effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status" *Journal of Occupational Health Psychology*, (2006:11(4), Okt), s.358-365.

Även majoriteten av studierna som användes i en systematisk reviewartikel om MI visade på positiva resultat inom psykologiska och fysiologiska livsstilsförändringar. Forskarna Knight et al menar dock att det är alldeles för bristfällig forskning bakom MI. De började med 280 sammanfattningar av artiklar men efter flera filtreringar, där de bland annat såg till studiedesign, intervention och population, fanns det åtta studier kvar varav fyra var RCT (randomiserade kontrollerade studier). De fann att två av RCT-studierna hade tillräcklig styrka för att kunna visa på att MI var effektivt för att förbättra behandlingen för patienter, gällande att hjälpa patienter att anta en hälsosammare livsstil.⁴⁴ Andra resultat visade att MI inte kunde öka kunskap, minska alkoholintag, öka känslan av välmående eller hjälpa patienter att förstå sin familjesituation. Redovisningen för resultaten av de olika variablerna var dock bristfälliga och forskarna menade att denna brist kan ha ett samband med de negativa resultaten. Knight et al menar att på grund av metodologiska frågor, som för litet urval, validitet och standardisering, gör att det behövs mer forskning för att kunna dra en slutsats, men att MI verkar ha potential för att kunna användas inom hälso- och sjukvården.⁴⁵

1.3.1. MI's mekanismer

I en nyligen publicerad artikel av Miller och Rose presenterades undersökningar av MI och dess underliggande mekanismer, vilket även berör beteendeförändring. Två komponenter betonades: dels den relationella, där fokus ligger på empati och atmosfär mellan rådgivare och klient, dels den tekniska komponent som berör rådgivarens förmåga att reflektera och förstärka klientens uttalanden och motivation.⁴⁶ Den relationella delen lägger fokus på empati och atmosfär. Där är relationen mellan rådgivare och klient viktig, särskilt den empatiska förståelsen hos rådgivaren. Rådgivaren bör samarbeta snarare än vara auktoritär, och uppmuntra klientens självständighet. Då rådgivarens roll är betydande i MI kan denne både förbättra och försämma klientens resultat. Vad gäller den tekniska delen av MI är det viktigt att rådgivaren väcker klientens egen motivation, istället för att försöka plantera den. Beteendeförändring främjas genom att klienten verbaliserar sina argument för förändring. Rådgivaren fokuserar i första fasen på att framkalla klientens inre motivation, för att sedan i

⁴⁴ KM. Knight, L. McGovan, B. Dickens & C. Bundy, "A systematic review of Motivational Interviewing in physical health care settings", *British Journal of Health Psychology*. (2006:11, Maj) s. 319-332.

⁴⁵ Knight.

⁴⁶ W. Miller, & G. Rose, "Toward a theory of Motivational Interviewing" *American Psychology*, (2009:64(6). Sep), s. 527-537.

andra fasen, då motivationen är funnen gå över på att stärka och uppmuntra förändring och därigenom få motivation att bli engagemang för konkreta förändringar.⁴⁷

I studien påvisades en synergistisk effekt, där effekten av MI verkade förstärkas då andra verksamma behandlingsmetoder lades till. Effekt av MI har visat sig både minska beteenden som alkoholdrickande och spelande, och främja förändring i hälsobeteendens som motion och kost. Miller och Rose menar även att motiverande samtal, efter tre decennier av forskning, är en psykoterapeutisk metod som är evidensbaserad och kan tillämpas i ett stort antal problemområden, och som ett effektivt komplement till andra behandlingsmetoder.⁴⁸

1.4 MI som samhällsnytta?

Om MI har en bevisad effekt för att höja livskvaliteten skulle det ur ett folkhälsoperspektiv vara intressant att pröva MI på den arbetande befolkningen. Denna målgrupp innefattar en stor del av den totala befolkningen och därför kan vi påverka deras livsstil och hälsobeteende som tidigare konstaterats är starkt kopplade till många sjukdomar.⁴⁹ Om MI skulle visa sig vara effektivt för att höja livskvaliteten blir även MI intressant ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Butterworth et al menar att MI-baserad hälsocoachning är ett kostnadseffektivt alternativ på hälsoarbete på arbetsplatsen.⁵⁰ Detta skulle därmed även medge en företagsekonomisk vinst. Om MI kan bidra till bättre upplevd hälsa/livskvalitet menar vi att MI även kan bidra till att läkemedelskonsumtionen kan minska i längden vilket innebär en folkhälsovinst och tillika en samhällsvinst. De flesta människor har drömmar och mål i livet och om MI-samtal kan bidra till att uppfylla dessa, om MI kan övertyga människor om att ”livet är ditt”, så borde livskvaliteten öka och därmed också hälsan.

Tidigare forskning har konstaterat att MI ger förbättrad mental och fysisk hälsa på arbetsplatsen. Det har även konstaterats att det behövs fler än ett samtal för att säkerställa effekten. Miller och Rose går emot de flesta av artiklarna som studerats inför denna uppsats som visar på att det behövs mer forskning om MI. Vad kan detta bero på? Det finns få publicerade artiklar som har studerat samband mellan MI och livskvalitet på en generellt frisk,

⁴⁷ Miller.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Holm Ivarsson, s. 25.

⁵⁰ Butterworth.

arbetande befolkning. Vi vill därför undersöka om en kortare period av MI kan påverka en population av arbetande personers livskvalitet positivt. Det skulle kunna påverka folkhälsan och därmed samhällsekonomin positivt.

1.5 Definitioner

Här följer några begrepp som behöver förtydligas:

Livskvalitet: ”Den subjektiva upplevelsen av den mentala, fysiska och sociala hälsan”⁵¹

Motivation: ”Begreppet motivation kan beskrivas som en kombination av individens vilja, kraft, och målinriktning i ett speciellt sammanhang”⁵² samt ses som ”drivkraften och katalysatorn för att påbörja och bibehålla en förändring”⁵³

Beteendeförändring: ”Lägga om eller införa vanor som har hälsofrämjande effekter och som kan påverka kroppsmassan”⁵⁴

Samtalsledare: ”Den person som var ansvarig för samtalet, guidar (leder ej) deltagaren genom samtalet”⁵⁵

1.6 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka om en kortare period av motiverande samtal kan påverka livskvaliteten positivt hos en arbetande population.

Frågeställningar:

1. Kan en kort period av motiverande samtal förändra livskvaliteten positivt?
2. Vilka eventuella effekter har en kortare period av motiverande samtal på livskvaliteten?
3. Finns det några skillnader i eventuell förändring av livskvalitet mellan kön, ålder samt utbildningsnivå?

⁵¹ Författarnas definition.

⁵² Hultgren s. 108.

⁵³ J. Faskunger & E. Hemmingsson, *Vardagsmotion: Vägen till hållbar hälsa: Fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring*, (Falun: Bokförlaget Forum, 2005), s. 28.

⁵⁴ Faskunger, s. 25.

⁵⁵ Författarnas definition.

2 Metod

2.1 Metodval

Studien var av experimentell form och därför fanns metodalternativen enkät, observation och intervju. Enkäter tillåter en stor mängd data, med möjlighet att analysera och få fram statistiska samband. Till skillnad från intervju är enkät en mer tidseffektiv metod och underlättar vid ett större deltagarantal. Då livskvalitet ej kan observeras utifrån valdes enkät som metod. Alternativet var att konstruera en egen enkät eller välja en redan befintlig. Då det fanns en enkät, SF-36, som mätte hälsorelaterad livskvalitet,⁵⁶ och som tidigare har validitets- och reliabilitetstestats ansågs den vara passande till denna studie, då livskvaliteten skulle undersökas.^{57 58} Enkäten SF-36 innehåller 36 frågor, som delas in i åtta skalor: fysisk funktion, rollfunktion – fysiska orsaker, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, rollfunktion – emotionella orsaker och psykiskt välbefinnande. De olika skalorna bildar två olika komponenter, den mentala hälsan (MCS) och den fysiska hälsan (PCS).⁵⁹ HRQL-gruppen, som ansvarar för SF-36, menar att den fysiska (PCS) och den mentala komponenten (MCS) ofta sammanfattas i begreppet hälsorelaterad livskvalitet. Utifrån en mall kan en poäng räknas fram för att mäta den subjektiva upplevelsen av mental och fysisk hälsa.⁶⁰

I en av reliabilitetsstudierna kring den svenska versionen av SF-36 översattes den amerikanska versionen till svenska av flera personer, varefter en erfaren översättare överförde dessa versioner tillbaka till engelska. Innehållet utvärderades och vissa benämningar ändrades så att det passade in i det svenska språkbruket. Den svenska översättningen ansågs efter pilotstudier och en populationsstudie tillfredsställande. I populationsstudien skickades enkäten ut till sju svenska generella populationer. Enkätens representativitet uppnåddes avseende kön, ålder, socioekonomisk klass och boendeområde. Den genomsnittliga svarsresponsen var 68 procent. Högst reliabilitet i enkäten observerades i skalan för smärta och skalan för fysisk funktion, men de andra skalorna låg också relativt högt.⁶¹

⁵⁶ HRQL-gruppen.

⁵⁷ M. Sullivan & J. Karlsson, "The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol 51 (1998, Nov), s. 1105-1113.

⁵⁸ M. Sullivan, J. Karlsson & J. Ware Jr. "The Swedish SF-36 Health survey – I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden" *Social science & medicine*. (1995:41(10), Nov.) s. 1349-1358.

⁵⁹ Sullivan, Karlsson & Ware Jr.

⁶⁰ HRQL-gruppen.

⁶¹ Sullivan, Karlsson & Ware Jr.

Resultaten i en studie om SF-36's validitet visade att den svenska SF-36 är känslig för flera vanliga symtom precis som den amerikanska varianten. Skalorna visade sig stämma överens med upplevelsen av att vara tillfreds med sin hälsa samt med den globala livskvaliteten. Skalan för den mentala hälsan stämde bäst in på livskvaliteten, medan de andra skalorna visade på hur tillfreds personerna var med sin hälsa. Eftersom det inte finns någon "Golden Standard" inom livskvalitet och hälsa kommer sannolikt arbetet med SF-36 i framtiden att utvecklas än mer.⁶²

För att studera eventuell förändring över tid i denna studie användes SF-36 vid två tillfällen – i början och i slutet. SF-36 kompletterades med en egen enkät, där kön, åldersgrupp, MI/kontrollgrupp och utbildning efterfrågades.⁶³ Anledning till kompletteringen var för att kunna se eventuella skillnader i resultatet mellan de olika grupperna. Deltagarna ombads också skriva en personlig fyrsiffrig kod på enkäten, som de skulle använda vid båda tillfällena. Detta för att kunna koppla ihop för- och efterenkät, men också för att kunna se eventuella skillnader mellan kön, åldersgrupper och utbildningsnivå. Som förslag gavs att deltagarna kunde välja de fyra sista siffrorna i personnumret som personlig kod, då personnumren var okända. Dessa två enkäter häftades ihop, för att underlätta för deltagarna. De ihophäftade enkäterna kommer härnäst att refereras till som ”enkäten”.

2.2 Urval

Då den arbetande befolkningen var målgruppen kontaktades i mitten på december flera mellanstora och stora företag, där olika yrkesgrupper fanns representerade. Olika yrkesgrupper kunde innebära olika utbildningsnivå och arbetsuppgifter, vilket i sin tur gav en bredare population. Av de kontaktade företagen var det endast ett som kunde ställa upp inom den bestämda tidsramen, samt att det var praktiskt genomförbart att utföra studien på företaget, som till exempel att alla anställda hade en personlig mailadress och möjlighet att medverka på arbetstid. Företaget var ett mellanstort företag som bestod av ett antal bankkontor i Sydsverige med 106 anställda. Tillsammans med kontaktpersonen på företaget skrevs en inbjudan till studien, personalchefen läste den och skrev under, och sedan lades inbjudan ut på företagets intranät, vilket alla 106 medarbetare hade tillgång till.

⁶² Sullivan & Karlsson.

⁶³ Bilaga 2.

Deltagarna kunde därefter gå in via en angiven länk för att anmäla sig inom en vecka. 28 svar mottogs, varav tre av dessa flyttades till kontrollgruppen på grund av tidspress och alltför stora geografiska avstånd. De övriga 25 anmälda bildade MI-gruppen. Ett mail gick ut till de anställda som ej hade anmält sig till studien, där de tillfrågades om att delta i kontrollgruppen, 23 anställda bildade kontrollgruppen.

2.2.1 Studiepopulation

Företaget bestod av ett antal bankkontor i Sydsverige med 106 anställda, 66 procent kvinnor och 34 procent män. 52 procent av de anställda var över 50 år.

Yrken och fördelning av personalen såg ut enligt följande:

- chefer, kontorschefer och gruppchefer utgjorde 10 procent av personalstyrkan
- företagsrådgivare och privatrådgivare stod för 35 procent av personalen
- banksäljare och kassörer bildade den största gruppen på 38 procent
- specialister och administratörer var 17 procent⁶⁴

Företaget har varit kund hos sin nuvarande företagshälsovård i många år, och är även delägare i företagshälsovården. De har jobbat mycket med hälsoprofilbedömningar och uppföljningar av dessa, för att undersöka både individuell- och grupp hälsa. Vart femte år har alla anställda blivit erbjudna en hälsokontroll och en hälsoprofil. Statistiken från hälsoprofilerna utvärderas, och det har ”genom åren varit bra resultat som stärkts.”⁶⁵ Siffror som personalchefen på företaget presenterade visade på att sjuktalet har sjunkit från 5,6 procent år 2005 till 2,5 procent år 2009. Långtidssjukskrivningarna (> 60 dagar) har gått från 4,0 procent till 0,3 procent under dessa fem år.⁶⁶

Alla anställda har också fått motta ett friskvårdsbidrag på 2 500 kr per person och år. Dessa pengar kunde exempelvis läggas på olika insatser hos företagshälsovården, som massage eller hälsocoachning. Företagshälsovården, som kontaktades i samband med arbetet på banken, svarade enligt följande på frågan om deras insatser och verksamhet:

⁶⁴ Personalchefen ”Lars Larsson”.

⁶⁵ Bilaga 3.

⁶⁶ Bilaga 4.

”Vi jobbar dels med hälsoutveckling och även hälsokontroller/läkarbesök som är mer medicinska. Vi har även beteendevetare som kan kopplas in om det behövs, både på individ- och gruppnivå. Arbetsmiljöingenjörerna arbetar med den fysiska arbetsmiljön. Sjukgymnasterna är också inkopplade då det gäller ergonomi eller individuella smärttillstånd.”⁶⁷

2.3 Tillvägagångssätt

2.3.1 Förberedelser

I informationen som låg på företagets intranät framgick att deltagarna i studien skulle få två hälsocoachsamtal.⁶⁸ Namnet ”hälsocoachsamtal” valdes för att deltagarna skulle känna sig bekväma med att delta i studien. ”Motiverande samtal” kunde uppfattas som främmande i jämförelse med de hälsotester och hälsosamtal som tidigare har förekommit bland personalen. Samtalen hölls på respektive bankkontor, där två lokaler var bokade – en för varje samtalsledare. Varje lokal möblerades om till mer samtalsfrämjande miljö, så som att deltagaren och samtalsledaren satt mitt emot varandra vid bordets kant, ljus och fruktfat fanns på bordet. Tanken var att lokalerna skulle likna varandra, samt att det skulle se likadant ut vid båda samtalstillfällena. En annan tanke var att lokalerna ej skulle likna kontorsmiljö.

Både MI- och kontrollgrupp mottog ett informationsbrev. MI-gruppen fick till uppgift att svara vad de var intresserade av att tala om under samtalet - detta för att på bästa sätt förbereda inför samtalen. De fick information om att de båda samtalen skulle vara cirka 30 minuter och med tre veckors mellanrum samt att enkäten skulle fyllas i före och efter samtalsperioden.⁶⁹ I informationen deltagarna fick stod det att all information skulle behandlas anonymt och det som togs upp i samtalen inte skulle redovisas någonstans.⁷⁰ Kontrollgruppen fick information om att de endast behövde fylla i enkäten vid två olika tillfällen med tre veckors mellanrum, samt att deras uppgift som deltagare i kontrollgruppen var minst lika viktig som samtalsgruppen.⁷¹

Inför samtalen togs en kontaktlista fram med telefonnummer till organisationer som eventuellt skulle kunna hänvisas till. Dessa var företagshälsovården i de olika orterna, sluta röka-linjen

⁶⁷ Bilaga 3.

⁶⁸ Bilaga 5.

⁶⁹ Bilaga 6.

⁷⁰ Bilaga 5 & 6.

⁷¹ Bilaga 7.

och alkohollinjen, samt brottsofferjouren och kvinnojouren. Anledningen till listan var att hänvisningar till professionell hjälp skulle kunna erbjudas där problemen sträckte sig över samtalsledarnas kunskapsområden.

2.3.2 Genomförande

De som ingick i MI-gruppen fick en samtalstid bokad i sin elektroniska kalender av kontaktpersonen på företaget, samt ett mail av respektive samtalsledare om tid, plats och hur de skulle fylla i enkäten. Flera påminnelsemail om enkäten skickades ut till både kontroll- och MI-grupp, för att få så litet bortfall som möjligt. Intentionen var att samtliga deltagare skulle fylla i enkäten under samma dag, för att minimera felkällor. Dock var det ej helt genomförbart, bland annat på grund av frånvaro som semester. Alla enkäter fylldes emellertid i under samma vecka.

Inför det första tillfället ombads deltagarna att fylla i enkäten, lägga den i ett kuvert och märka det ”GIH”. Kuvertet tog de i MI-gruppen med sig till samtalet och gav det till samtalsledaren. Deltagarna i kontrollgruppen lade kuvertet i ett, på förhand, utvalt postfack på sitt bankkontor. Ägaren till respektive postfack blev tillfrågad innan, varpå de gav enkäterna till samtalsledarna ifall de besökte kontoret, annars postades enkäterna med utdelat svarspostkuvert.

MI-samtalen genomfördes av oss som författare - två hälsopedagogstudenter som läser tredje året på Gymnastik- och Idrottshögskolan. Genom utbildningen på skolan har vi läst tre kurser där MI har ingått. Innan samtalen med deltagarna pratade vi som samtalsledare ihop oss om vilket upplägg samtalet skulle ha och vilka tekniker och verktyg vi skulle använda oss av.

Samtalen i studien varade mellan 15 och 30 minuter. Deltagaren fick själv välja samtalsämne, men det fanns förslag på samtalsämnen i informationen på intranätet. Dessa förslag var: kost, träning, vikt, stress och rökning. Under samtalen togs flera av dessa förslag upp, men även andra samtalsämnen blev aktuella. Vid första tillfället inleddes samtalen med att deltagaren fick presentera sig själv, så som familj, arbete och fritid. Sedan leddes samtalet in på önskat samtalsämne. Under samtalet användes MI-tekniker som reflektivt lyssnande, bekräftelser, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar. Även tekniker för att skapa diskrepans

(skalfrågor) ⁷² och lösa ambivalens (ambivalensutforskning) ⁷³ användes. I vissa fall behövdes mer fokusering på förändring, men förändring var fokus i alla samtal.

Andra samtalstillfället, 3 veckor senare, var en uppföljning med samma samtalsledare. Samtalet kretsade kring det första tillfället, mellanliggande veckor, framtid och nya mål samt frågor och funderingar som hade dykt upp under föregående veckor. Under de sista fem minuterna av samtalet uppmanades deltagarna i MI-gruppen att fylla i enkäten utan att samtalsledaren såg på. Enkäten lämnades sedan i ett kuvert till samtalsledaren, så att de personliga koderna ej kunde förknippas med personerna. Tre deltagare var osäkra på vilken kod de använde, men detta löstes genom att de föreslog en kod till samtalsledaren, som kontrollerade om denna fanns med från första enkäten. Kontrollgruppen gjorde som vid första tillfället: fyllde i enkäten någon gång under samtalsveckan, lade den i ett kuvert, märkte det ”GIH” och lade det i respektive postfack. Ägarna av postfacken lämnade kuverten till samtalsledarna eller skickade dem med utdelat svarspostkuvert.

2.4 Databearbetning

Enkätdatan lades in i ett excelark i kalkyleringsprogrammet Microsoft Excel. Varje svar skrevs in i kolumner i den följd som frågorna stod i enkäten. Enkätsvaren kodades om i statistikprogrammet SPSS, enligt manualen ”SF-36 poängberäkning”. ⁷⁴ Svaren summerades till slutvärden i de åtta olika skalorna, därefter räknades de om till skalpoäng, också enligt manualen. Z-värden räknades fram för de åtta olika skalorna, varefter skalorna beräknades om till två komponenter, en fysisk - PCS (physical component summary) – och en mental - MCS (mental component summary).

För att undersöka om det fanns en förändring i poängen inom grupperna mellan första och andra enkäten, gjordes ett ”parat t-test” i SPSS. $PCS_{före}$ jämfördes med PCS_{efter} och $MCS_{före}$ jämfördes med MCS_{efter} inom de båda grupperna. Differensen mellan $PCS_{före}$ och PCS_{efter} , samt $MCS_{före}$ och MCS_{efter} räknades ut för MI-grupp och kontrollgrupp. Ett ”oparat t-test” gjordes för att jämföra differenserna mellan grupperna. För att se om variablerna kön, ålder och utbildning hade någon påverkan på resultatet, utfördes en ”linjär regression” i SPSS. I statistikprogrammet Statistica utfördes ”repeated measures ANOVA” för att jämföra förändringen mellan grupperna i för- och efterresultaten.

⁷² Holm Ivarsson, s. 30.

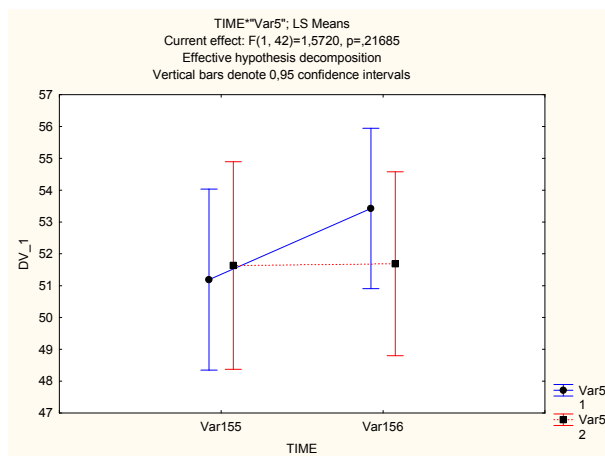
⁷³ Ibid. s. 43.

⁷⁴ HRQL-gruppen.

3. Resultat

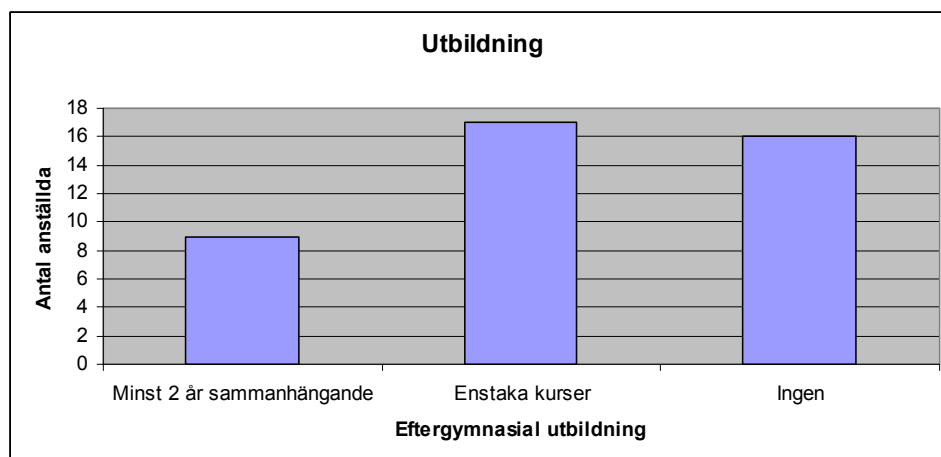
Av de 106 anställda på företaget deltog 48 personer i studien, varav 65 procent kvinnor och 35 procent män. I MI-gruppen ingick 25 anställda, där 68 procent var kvinnor och 32 procent var män. Av de 23 deltagarna i kontrollgruppen bestod 63 procent av kvinnor och 37 procent av män. Alla 25 i MI-gruppen fullföljde hela studien, 19 av deltagarna i kontrollgruppen svarade på båda enkäterna, vilket innebär 17 procent bortfall i kontrollgruppen. Sammanlagt blev det åtta procent bortfall i MI- och kontrollgrupp.

Då $PCS_{före}$ jämfördes med PCS_{efter} fanns ingen signifikant skillnad i någon av grupperna, inte heller mellan grupperna. I jämförelsen av $MCS_{före}$ och MCS_{efter} fanns ingen skillnad för kontrollgruppen (+0,1 procent MCS) eller mellan grupperna (se figur 1). Detta resultat visade på att en kortare period av motiverande samtal ej signifikant kunde förändra livskvaliteten.



Figur 1. MCS före och MCS efter för MI-grupp (blå) och kontrollgrupp (röd).

Variablerna kön, ålder och utbildning hade ingen signifikant påverkan på förändringen och visade därmed inga skillnader i livskvaliteten. Utbildningsnivån hos deltagarna var relativt jämn. Nio av deltagarna hade minst två år sammanhängande eftergymnasial utbildning. 17 av deltagarna hade läst enstaka kurser och 16 deltagare hade ingen eftergymnasial utbildning (se figur 2).



Figur 2. Utbildningsnivåer hos deltagarna

Av de olika statistiska testerna var det en av dem som gav signifikant skillnad, nämligen jämförelsen av MCS_{före} och MCS_{efter} inom MI-gruppen. Detta betyder att MI-gruppens mentala hälsa (MCS) signifikant förbättrades, $p = 0,038$, av en kortare period av motiverande samtal (se tabell 1). Den mentala förbättringen var 4,4 procent, sett till MCS-poäng. En mental förbättring kan därför ses som en effekt av motiverande samtal under en kortare period.

Tabell 1. Förändring i PCS och MCS för MI-gruppen.

		Paired Differences					T	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	PCS_f - PCS_e	-.62661	4,55182	,91036	-2,50551	1,25229	-.688	24	,498
Pair 2	MCS_f - MCS_e	-2,23820	5,08262	1,01652	-4,33621	-,14020	-2,202	24	,038**

** $p < 0,05$

4. Diskussion

4.1 Livskvalitet

Livskvalitet är komplext och därmed svårt att definiera men vår definition på livskvalitet är "den subjektiva upplevelsen av den mentala, fysiska och sociala hälsan". Vi anser att alla bitar hänger ihop trots att den svenska hälso- och sjukvården valt att fokusera på den fysiska

hälsan fram tills för ett antal år sedan. Då termen ”psykosociala faktorer” har börjat användas allt oftare menar vi att detta är ett tecken på att den mentala hälsan ändå är minst lika viktig som den fysiska.⁷⁵ Positivt är dock att detta har resulterat i att människor är friskare än någonsin.⁷⁶ Att dagens unga nu mår sämre än sina föräldrar,⁷⁷ anser vi är en följd av denna fokusering på den fysiska hälsan. Vi tror att detta skulle kunna betyda att utvecklingen mot bättre hälsa har avstannat. Då livskvaliteten är viktig för livslängden,⁷⁸ kan vi också anta att den är viktig för hälsan. Vi anser att fokus borde ligga på alla tre komponenter av livskvaliteten, och inte bara den fysiska hälsan. Genom att nå även den mentala och sociala delen av hälsan, skulle livskvaliteten kunna öka och den generella hälsan fortsätta sin positiva trend uppåt. Då många av de vanliga sjukdomarna är starkt kopplade till livsstil och hälsobeteende,⁷⁹ borde många sjukdomar kunna förebyggas genom beteendeförändring. Av olika beteendeförändringsmodeller var MI den som valdes till denna studie. Vi valde MI för att denna metod utgår från deltagarens upplevelser och tankar, vilket medför mindre risk för motstånd och ökad chans till hållbar förändring.⁸⁰ Vi har sett i vår studie att den mentala hälsan kan påverkas efter endast två MI-samtal. Liknande resultat visar även Butterworth’s studie, där både mental och fysisk hälsa förbättrades av MI-baserad hälsocoachning.⁸¹ Detta betyder sannolikt att stora vinster kan erhållas vid längre och större insatser och många sjukdomar skulle i längden kunna förebyggas.

Efter samtalen kan vi konstatera att begreppet KASAM och livskvalitet har mycket gemensamt, då de båda påverkar hälsan. Livskvaliteten enligt Brulde är vad som gör livet värt att leva.⁸² Vi kan här se paralleller till komponenterna i KASAM – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa komponenter kan användas i MI-samtal och vi menar att om en person känner dessa komponenter starka, känner personen även vad som gör livet värt att leva. I ett MI-samtal vill samtalsledaren att deltagaren ska förstå sig på sin situation, kunna hantera problem samt känna en mening med att förändra situationen. Om MI-samtal kan bidra till starkare KASAM, borde livskvaliteten förbättras, vilket i sin tur leder till ökad livslängd och bättre hälsa.

⁷⁵ Guyatt.

⁷⁶ Holm Ivarsson, s. 25.

⁷⁷ Ibid, s. 26.

⁷⁸ Svärdsudd.

⁷⁹ Holm Ivarsson, s. 25.

⁸⁰ Barth, s. 33.

⁸¹ Butterworth.

⁸² Brulde.

4.2 Metoddiskussion

4.2.1 Enkät

Syftet med enkäten var att få fram data för hälsorelaterad livskvalitet före och efter samtalen för att kunna jämföra och se om det fanns någon förändring över tid. Vi kunde därigenom besvara vårt syfte och våra frågeställningar och därför anser vi att enkät var en lämplig metod. Alternativen för enkät var att antingen göra en egen eller använda en redan befintlig. Valet av enkät föll på SF-36 eftersom den summerar den hälsorelaterade livskvaliteten med hjälp av mental och fysisk hälsa, och dessutom är reliabilitets- och validitetstestad. Dock var ett påstående i enkäten mindre bra. *”Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner.”* Svartalternativen som kunde kryssas för vilket som stämde bäst in, gick från *”stämmer precis”* till *”stämmer inte alls”*.⁸³ Problem uppstår om personen känner sig friskare än människorna runt omkring. *”Stämmer inte alls”* kan betyda dålig hälsa eller väldigt bra hälsa. Vi anser att frågan borde formuleras om eller tas bort.

Intentionen att alla deltagare skulle fylla i enkäten under samma dag var ej praktiskt genomförbar. Då förutsättningarna för både MI-grupp och kontrollgrupp var desamma tror vi däremot inte att det hade någon betydande roll vilken dag i veckan som deltagarna fyllde i enkäterna. Att vi hade kontrollgrupp gav också möjlighet att kontrollera för faktorer som kunde störa resultatet, som exempelvis en bankbonus, finanskris eller att något hade hänt i staden under studien.

Kodningen av enkäten stötte på mindre komplikationer, då tre deltagare var osäkra på vilken kod de använt vid det första tillfället. Det löstes och det blev inget bortfall på grund av detta. Ifall studien hade utförts i närbelägen ort hade kodningen kunnat genomföras av oss, där varje deltagare hade fått för- och efterenkät personligen med redan nedskrivna kod på enkäterna. Emellertid var det geografiska avståndet mellan oss som författare och företaget för stort för att detta skulle kunna genomföras. I övrigt var informationen till deltagarna tillräcklig, då ingen deltagare missade sitt samtal, inget verkade oklart och alla hade fyllt i enkäten korrekt. Det kan diskuteras om deltagarna svarade helt uppriktigt eller om de svarade som de trodde att vi ville att de skulle svara. Detta är dock en faktor som inte går att undvika i enkäter och detta har tagits med i tolkningen av resultaten, där svaren från båda grupperna har relativt bra

⁸³ HRQL-gruppen.

vid båda tillfällena. Utfallet kan då ha påverkats, dock fanns denna faktor hos både MI-gruppen och kontrollgruppen, vilket medför att resultaten ändå bör vara tillförlitligt.

Både validitets- och reliabilitetsstudierna var skrivna av Sullivan och Karlsson. Det kan vara en nackdel att studierna är utförda av samma personer, då olika författare kanske lättare presenterar fler synvinklar. Dock valde vi dessa studier för att målgruppen var en normal/generell population. Validitetsstudien visade på att delen för den mentala hälsan (MCS) var representativ för livskvaliteten.⁸⁴ Därför skulle vi kunna säga att den signifikanta förbättringen av den mentala hälsan i MI-gruppen i vår studie visar på att den totala livskvaliteten faktiskt förbättrades.

4.2.2 Diskussion kring studiepopulationen

Då företagen kontaktades kring juledigheten tackade flera av företagen nej. Att det fanns en begränsad tidsplan var för många avgörande då de inte hade möjlighet att organisera något så snart efter jul och nyår. Det valda företaget var det enda som kunde ställa upp med kort varsel, samt hade en organisation som tillät det samarbete som studien innebar. Under studiens gång visade det sig att företaget hade en hälsoprofil sedan många år tillbaka som innebar ett nära samarbete med företagshälsovården. Att de dessutom är delägare visar på en seriös satsning inom hälsa. Den synergistiska effekten som Miller påvisade,⁸⁵ skulle på ett företag innebära att effekten av MI förstärks av företagshälsovården/företagets övriga hälsoarbete.

Nära samarbete med kontaktpersonen på företaget möjliggjorde att samtalen kunde bokas direkt i deltagarnas elektroniska kalendrar, vilket kan ha bidragit till mindre bortfall. En annan bidragande orsak till det låga bortfallet var att samtalet ägde rum under arbetstid. Det kan diskuteras kring om det var oetiskt att en person på företaget kände till vilka som deltog i studien. All information behandlades emellertid anonymt, även inför kontaktpersonen. Den öppna atmosfären på arbetsplatsen bidrog troligen också till det höga deltagarantalet. I informationsbrevet till kontrollgruppen försökte vi förmedla att de var minst lika viktiga som samtalsgruppen. Förhoppningen var att få minst lika många deltagare i kontrollgruppen som i MI-gruppen, då vi anade att det kunde bli bortfall på grund av den opersonliga kontakten. Om en liknande studie ska utföras i framtiden rekommenderar vi mer personlig kontakt med kontrollgruppen för att motverka bortfall. Studien av Butterworth et al visar på att de som

⁸⁴ Sullivan & Karlsson.

⁸⁵ Miller.

väljer att delta i hälsoprojekt i större utsträckning har risk för sjukdom än de i kontrollgruppen.⁸⁶ Om detta stämmer överens med den övriga befolkningen, betyder det att de som behöver hjälp söker sig till den. Det inger ett framtidshopp, då en svårighet med hälsoarbete är att nå ut till behovande.

Könsfördelningen i studien var 65 procent kvinnor och 35 procent män. Detta kan ses som ojämnt, dock är denna fördelning exakt samma som könsfördelningen på hela företaget, det vill säga representativt för företaget. Alla deltagare anmälde sig frivilligt, men då personalavdelningen skrev under informationen på intranätet, kan detta ha bidragit till fler anmälningar. Då forskning visade att resultatet inte nämnvärt skiljde sig mellan deltagare som anmält sig frivilligt och de som aktivt rekryterats⁸⁷ anser vi att vårt tillvägagångssätt inte påverkade utfallet.

4.2.3 Samtal

Motiverande samtal valdes för att det är en klientcentrerad metod, där lösningen och motivationen kommer ifrån individen själv, vilket förbättrar chansen att förändringen blir bättre och mer hållbar.⁸⁸ Ett MI-samtal rör sig på reflekterande nivå och utgår från deltagarens tankar, upplevelser och känslor. Benämningen ”hälsocoachsamtal” valdes dock för att deltagarna skulle känna sig bekväma med att delta i studien. Detta visade sig i att det inte blev något bortfall i MI-gruppen.

Under samtalen kände samtalsledarna intuitivt i vilket TTM-stadium deltagaren befann sig i. Majoriteten av deltagarna befann sig i förberedelsestadiet och fick bra hjälp och stöd till förändring, medan de i vidmakthållandestadiet som redan hade förändrat sin livsstil fick otillräcklig hjälp att förhindra återfall. MI-kvaliteten var alltså inte alltid hög genom hela samtalet i alla samtal, då samtalsledarna inte var så rutinerade. Däremot var förberedelserna inför samtalen bra, då telefonlistan till organisationer fanns till hands under samtalen så att professionell hjälp kunde hänvisas till vid behov. Då förändringsstadierna enligt TTM sträcker sig från omedvetenhet kring sitt beteende till varaktig förändring krävs reflektions- och samtalsteknik på olika nivåer. Samtalsledarna saknade dock viss erfarenhet kring några av dessa stadier. Detta bidrog till att det ibland blev mer rådgivning än MI. Våra samtal kan

⁸⁶ Butterworth.

⁸⁷ Prochaska.

⁸⁸ Barth, s. 33.

jämföras med den MI-baserade hälsocoachning som forskningen av Butterworth et al undersöker,⁸⁹ som även den fick bra resultat. Vissa av deltagarna befann sig i ett sådant stadium att de behövde information för att komma vidare och samtalet kan ha hjälpt dem till en bättre mental hälsa. Studien av Rubak et al visade att auktoriteter som till exempel läkare och psykologer fick 80 procent effekt när de höll i samtalen, till skillnad från om annan vårdpersonal som fick en effekt på 46 procent.⁹⁰ Detta kan appliceras på våra samtal, där vi som hälsopedagogstuderande agerade samtalsledare. Det skulle kunna ha påverkat resultatet genom att deltagarna inte följde det de kom fram till, eftersom vår auktoritet antagligen inte var lika hög som en läkares/psykologs. Deltagarna hade samma samtalsledare vid båda tillfällena, vilket betyder att MI-gruppen indirekt delades in i två undergrupper, utefter vilken samtalsledare de hade. Olika samtalsledare ger individuella skillnader, så även om vi som samtalsledare hade pratat ihop oss innan, skiljde sig samtalen åt. Om det föreföll någon skillnad mellan grupperna till respektive samtalsledare, förblir ovisst, då alla enkätsvar var anonyma. Eftersom MI-gruppen bestod av 25 deltagare och dessa sedan fördelades på två samtalsledare ansåg vi att grupperna var för små för att de skulle ange vilken samtalsledare de talat med.

Samtalen varade olika lång tid bland annat beroende på hur lätt samtalet flöt på, mång- eller fåordiga deltagare samt vilket stadium de befann sig i. Samtalsledarens erfarenhet gjorde att stadiet för att förhindra återfall var svårare att hjälpa till med. Det andra samtalet blev i de flesta fall något kortare, då få deltagare hittade nya förändringsområden och ingen uppföljning skulle genomföras.

4.3 Resultatdiskussion

Antalet medverkande var från början 48 anställda, efter ett bortfall på åtta procent var de 44 stycken i slutet av studien. Studien fick inte lika många deltagare som på förhand önskats, men detta hade troligtvis att göra med att företaget endast hade 106 anställda. Då företaget bestod av flera kontor belägna på olika orter medförde det begränsningar på grund av geografiska avstånd. Deltagarkontakten med kontrollgruppen bestod av mailkontakt, vilken hade kunnat vara personlig om de geografiska avstånden inte varit så stora. Vi kunde inte personligen förmedla att kontrollgruppen var minst lika viktig som MI-gruppen och det kan

⁸⁹ Butterworth.

⁹⁰ Rubak.

ha medfört att färre deltog i kontrollgruppen, däremot var kontrollgruppen helt anonym, både inom företaget och för samtalsledarna. Hade deltagarantalet varit större hade tillförlitligheten i studien ökat.

Det signifikanta resultat som visade på förbättrad mental hälsa skulle bland annat kunna ha att göra med att alla under samtalen fick tala om sin familje- och arbetssituation. Eftersom forskning visar på att livslängden ökade då både familje- och arbetssituationen var tillfredsställande,⁹¹ tror vi att längre perioder av motiverande samtal innehållande detta skulle kunna förbättra livskvaliteten, vilket även studien av Butterworth et al visar på.⁹² Fysiska förändringar kommer sällan på tre veckor, däremot visade studien att över tre månader så kan fysiska förändringar åstadkommas. Även den systematiska studien av Rubak et al visar på att MI har potential att ge fysiska effekter på bland annat BMI, blodkolesterol, systoliskt blodtryck och alkoholkoncentration i blodet.⁹³ Både Butterworth et al⁹⁴ och vår studie visar på mentala förbättringar, men vår studie visar att de kan uppnås på kortare tid. Det kan ifrågasättas om denna förbättring i MCS-poäng verkligen gör en skillnad i deltagarnas liv, då detta gäller mjuka värden som är svåra att definiera, men då enkäten var validitetstestad anser vi att den signifikanta förbättringen ändå tyder på något. Då Butterworth et al⁹⁵ också visade på mentala förbättringar, anser vi att vår studie visar samma tendens.

Resultatet av vår studie visar tendenser till en förbättring av livskvaliteten, dock fann vi ingen signifikant skillnad mellan MI- och kontrollgrupp. Detta kan bero på att den ursprungliga hälsan bland deltagarna var mycket god och vi anser att det är svårare att gå från bra till utmärkt hälsa än att gå från dålig till bra. Sjukskrivningarna på företaget har mer än halverats under en femårsperiod,⁹⁶ vilket pekar på en mycket god hälsa. Denna halvering kan bero på flera faktorer, men vi tror att delägarskapet i företagshälsovården, samt dess verksamhet har spelat en stor roll.

Resultatet visade inte på några skillnader mellan kön, ålder eller utbildningsnivå, vilket överensstämmer med studien av Butterworth et al.⁹⁷ Detta kan exempelvis bero på storleken

⁹¹ Svärdsudd.

⁹² Butterworth.

⁹³ Rubak.

⁹⁴ Butterworth.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Bilaga 4.

⁹⁷ Butterworth.

på urvalet, åldersfördelningen (77 procent av deltagarna var mellan 41 och 60 år), att differensen i utbildningsnivå var för liten, men även att alla jobbade på bank och därmed hade ungefär samma fysiska arbetsbelastning, samt att de flesta bodde på en mindre ort.

Knight et al menar att det behövs mer forskning kring MI för att kunna dra några säkra slutsatser.⁹⁸ Miller och Rose å andra sidan skriver i sin artikel (publicerad 2009) att MI är en evidensbaserad metod som kan tillämpas på ett stort antal områden.⁹⁹ Det kan vara så att det har skett en förändring på forskningsfronten på de tre åren efter att Knight et al skrev sin artikel (2006).¹⁰⁰ Det kan också vara så att forskningen har gått framåt, en annan orsak kan vara att de tittat på olika stora utbud av artiklar. En tredje bidragande orsak till de skilda resultaten kan vara att Miller är en av upphovsmännen bakom MI och därför är mån om sin metod.¹⁰¹ Efter vår studie menar vi ändå att vi har sett flera tendenser till att MI är en mycket bra metod till livsstilsförändringar samt att det i längden kan medföra livskvalitetsförbättringar.

Om det Knight et al kom fram till, att MI inte kunde öka kunskap, minska alkoholintag eller hjälpa patienter förstå sin familjesituation, så anser vi att MI-baserad hälsocoachning kan bidra till mer kunskap och ökad förståelse. Genom att utgå från klienten men ändå ha möjlighet att i större utsträckning förmedla kunskap när klienten behöver det, menar vi att det hjälper dem till bättre livskvalitet i längden. Knight et al skriver om att MI inte kan öka känslan av välmående, dock har vi och Butterworth et al¹⁰² erhållit motsatta resultat. Det kan bero på att de flesta studier Knight et al undersökte var bristfälliga. Vår MI-grupp förbättrade sin mentala hälsa signifikant med 4,4 procent på tre veckor i sin MCS-poäng och forskningen av Butterworth et al visade en signifikant förbättring av den mentala hälsan med 10,2 procent på tre månader, också den baserad på MCS-poäng.¹⁰³ Detta tillsammans med Miller och Rose forskning visar tydliga tendenser.¹⁰⁴

⁹⁸ Knight.

⁹⁹ Miller.

¹⁰⁰ Knight.

¹⁰¹ Miller.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Butterworth.

¹⁰⁴ Miller.

4.4 Framtida forskning

Då det endast finns få studier där effekten av MI på livskvaliteten har undersökts, är behovet av mer forskning på detta område stort. Under denna studie har det inte funnits möjlighet att göra en systematisk litteraturgenomgång av dessa typer av studier, vi har dock varit insatta i ämnet under fyra månader och har endast hittat en studie där effekten av MI-baserad hälsocoachning på livskvaliteten undersökts. Flera studier har däremot undersökt sambandet mellan MI och livskvalitet hos en grupp med en viss typ av sjukdom, som till exempel cancer, diabetes eller hjärtsjukdomar. Vi menar att det ur ett folkhälsoperspektiv även är intressant att fortsätta undersöka hur en generell arbetande population påverkas av MI.

MI eller MI-baserad hälsocoachning är en mycket lämplig insats som kan appliceras på flertalet samhällssektorer, med stora potentiella vinster på både folkhälsnivå, samhällsekonomiskt samt företagsekonomiskt. Detta bör därför vara av stort intresse att forska kring i framtiden.

4.5 Slutsats

SF-36 var i vår studie en lämplig metod, som lyfte fram resultaten på ett tydligt sätt. Samtalen kunde kanske ha gett större effekt om de genomförts av en mer rutinerad samtalsledare. MI är ett kostnadseffektivt alternativ på hälsoarbete och är därför lämpat att använda på företag. Vår studie har visat att signifikanta resultat på livskvaliteten inte går att uppnå på så kort tidsperiod som studien avsåg. Utifrån de givna tidsramarna var studiens modell hanterbar och kunde ändå uppvisa resultat på den mentala hälsan. Vi anser att förebyggande insatser i hälso- och sjukvården är viktiga att lyfta fram och satsa på. MI är ett bra exempel på en sådan insats som uppvisar positiva resultat men där ytterligare forskning behöver genomföras för att på effektivaste sätt utnyttja verktyget för att uppnå bättre folkhälsa. Dessutom är MI eller MI-baserad hälsocoachning en bra metod för att få människor att påverka sin egen situation och förstå att ”livet är ditt!”

Käll- och litteraturförteckning

Otryckta källor

”Anna Andersson” på företagshälsovården i mailintervju om företagshälsovårdens arbete med företaget. Se bilaga 3.

”Lars Larsson”, personalchef på företaget, sjukskrivningssiffror i diagram. Se bilaga 4.

Tryckta och elektroniska källor

ABF Stockholm, *Livet är ditt*

<http://www.abfstockholm.se/cirklar/Livet_ar_ditt/index.htm> (Acc. 2010-02-11).

Antonovsky, A. *Hälsans mysterium*, (Natur och kultur, 1991).

Barth, T. & Näsholm, C. *Motiverande samtal – MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*, (Studentlitteratur AB, 2008).

Brulde, B. *Teorier om livskvalitet*. (Lund: Studentlitteratur AB, 2003)

Butterworth, S., Linden, A., McClay, W. & Leo, MC. “The effect of motivational interviewing-based health coaching on employees’ physical and mental health status” *Journal of Occupational Health Psychology*, (2006:11(4), Okt), s. 358-365.

Faskunger, J. & Hemmingsson, E. *Vardagsmotion: Vägen till hållbar hälsa: Fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring*, (Falun: Bokförlaget Forum, 2005).

Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. “Measuring Health-related Quality of Life”, *Annals of Internal Medicine* 118:8 (1993:4), s. 622-629.

<<http://www.annals.org/content/118/8/622.full.pdf+html>> (Acc. 2010-02-08).

Holm Ivarsson, B. *MI – motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården*, (Gothia Förlag, 2009).

HRQL-gruppen, dit ansökning om SF-36 samt manual skickades

<http://www.hrql.se/content/hrql/> (Acc. 2010-03-11).

Hultgren, S. *Fysisk aktivitet Folkhälsa Beteendeförändringar: En beteendevetenskaplig betraktelse*, Upplaga 1:3, (Uppsala: Kunskapsföretaget i Uppsala AB, 2008).

Knight, K M., McGovan, L., Dickens, B. & Bundy, C. "A systematic review of Motivational Interviewing in physical health care settings", *British Journal of Health Psychology*. (2006:11, Maj) s. 319-332.

Miller, W. & Rose, G. "Toward a theory of Motivational Interviewing" *American Psychology*, (2009:64(6). Sep), s. 527-537.

Paulsson, K., Karlsson, A-S. & Wadman, C. *Hälsa på lika villkor: resultat från nationella folkhälsoenkäten – 2008*.

<<http://fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Resultat-arkiv/Rapporter/Halsa-pa-lika-villkor-2008.pdf>> (Acc. 2010-03-10).

Prochaska, J. & Velicer, W. "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change", *American journal of health promotion*, (1997:12(1), Sep-Okt), s. 38-48.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. "Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis". *British Journal of General Practice*, (2005:55(513)), s. 305-312.

SBU, *Metoder för att främja fysisk aktivitet: En systematisk litteraturöversikt*, 2007-03

<http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Fysisk_aktivitet.pdf> (Acc. 2010-02-16).

Sullivan, M. & Karlsson, J. "The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol 51 (1998, Nov), s. 1105-1113.

Sullivan, M., Karlsson, J. & Ware Jr. J. "The Swedish SF-36 Health survey – I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden" *Social science & medicine*. (1995:41(10), Nov.) s. 1349-1358.

Svärdsudd, K. & Tibblin, G. "Is Quality of Life Affecting Survival? The Study of Men born in 1913", *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement 1* (1990:1), s. 55-60.

TV4, *TV4 gör svensk version av Biggest loser*, 2009-10-14

<http://www.tv4.se/1.1268260/2009/10/14/tv4_gor_svensk_version_av_biggest_loser> (Acc. 2010-03-03).

Wagner, C. *Motivational Interviewing: resources for clinicians, researchers and trainers*, 2009-11

<<http://motivationalinterview.org/clinical/howitbegan.html>> (Acc. 2010-02-12).

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, "Att bli fysiskt aktiv", *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, Red. Agneta Ståhle (Statens folkhälsoinstitut, 2008), s. 64-78.

Bilaga 1

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

Syfte och frågeställningar: Syftet med studien är att undersöka om en kortare period av motiverande samtal kan påverka livskvaliteten positivt hos en arbetande population.

Frågeställningar:

1. Kan en kort period av motiverande samtal förändra livskvaliteten positivt?
2. Vilka eventuella effekter har en kortare period av motiverande samtal på livskvaliteten?
3. Finns det några skillnader i eventuell förändring av livskvalitet mellan kön, ålder samt utbildningsnivå?

Vilka sökord har du använt?

”Quality of life” and ”Motivational interviewing”, “systematic review” and “motivational interviewing” and “health care”, “the transtheoretical model” and “behavior change” and prochaska”, “The Swedish SF-36” and validity/reliability, “quality of life” and “future health”, “Quality of life” and definition and health

Var har du sökt?

Pubmed, CSA, Google Scholar

Sökningar som gav relevant resultat

Pubmed: ”Quality of life” and ”Motivational interviewing”, “systematic review” and “motivational interviewing” and “health care”, “the transtheoretical model” and “behavior change” and prochaska”, “The Swedish SF-36” and validity/reliability, “quality of life” and “future health”, “Quality of life” and definition and health

Kommentarer

Det var svårt att hitta bra material för att det inte är ett välutforskat ämne. Vi tog hjälp av en forskare och en lärare. Dessutom hittade vi artiklar genom referenslistor i böcker och artiklar. Vi gick in på MI's grundares hemsida och hittade ytterligare artiklar där.

Bilaga 2 Kompletterande enkät

Julia Ahlén & Maria Åhman
Gymnastik- och Idrottshögskolan, 2010



Enkätundersökning

Denna enkät är utgångsmaterial för en uppsats på C-nivå. Varje enkät är och förblir anonym och kommer inte att användas till annat än informationsunderlag till uppsatsen.

VIKTIGT är att du kommer ihåg att svara på alla frågor, då enkäten annars kommer räknas som bortfall.

1. Personlig kod: _____

Kryssa i den ruta som passar in bäst.

2. Kön:

Kvinna Man

3. Ålder:

< 20 år 21-30 år 31-40 år 41-50 år 51-60 år >60 år

4. Vilken kategori ingår du i?

Hälsosamtalsgrupp Referensgrupp

5. Eftergymnasial utbildning (högskola/universitet)?

Ja, minst 2 år sammanhängande Ja, enstaka kurser Nej

Bilaga 3 Mail-intervju med företagshälsovården

Vilka insatser har ni och hur ser verksamheten ut?

”Vi jobbar dels med hälsoutveckling och även hälsokontroller/läkarbesök som är mer medicinska. Vi har även beteendevetare som kan kopplas in om det behövs, både på individ och gruppnivå. Arbetsmiljöingenjörerna arbetar med den fysiska arbetsmiljön. Sjukgymnasterna är också inkopplade då det gäller ergonomi eller individuella smärttillstånd.”

Vilken typ av hjälp erbjuder ni personalen?

”Se ovan!”

Hur länge har ni arbetat med bankpersonalens hälsa?

”De har varit kunder i många år. Hälsoutvecklingen började vi jobba med ca 2000. Med kost- och aktivitetsseminarium.

Vi har sedan genom året jobbat mycket med hälsoprofilbedömningar och uppföljningar. Det är ett bra verktyg för att se individuell hälsa och även på gruppnivå genom statistik.

Massage har också funnits med som en insats. Under några år erbjöds att man varje kvartal fick välja mellan olika insatser; massage, sjukgymnast, hälsoutvecklare eller beteendevetare. Vissa kvartal hade vi även att man kunde göra gruppaktivitet; t ex stavgång eller föreläsningar med vald inriktning.

I nuläget när det gäller hälsoutvecklings projekt under perioden 2009-2010 så arbetar vi med att dels utbilda hälsoinspiratörer i en grundutbildning samt vidareutbildning 2gg/år där syftet är att de ska driva det interna hälsoarbete utifrån deras kollegors önskemål samt från statistik från regelbundna hälsoprofiler. Vi arbetar också med individuell hälsocoaching där man under ett år har regelbundna coachningar med personal från oss, antal träffar under året beror på vilket paket de väljer. Här får de bidra med sina friskvårdspengar som de får från banken varje år samt ev lite egna pengar om de väljer det största paketet. Alla anställda har som sagt 2500 kr /år som de kan ta till friskvård typ träning, massage eller dylikt (500 kr av dessa går till korpverksamhet).

Vart 5 år så erbjuds också alla anställda en hälsokontroll och vart 5 år en hälsoprofil.”

Har ni utvärderat personalens hälsa, om den blivit bättre/sämre efter insatserna?

”En utvärdering görs genom statistiken från hälsoprofilerna. Det har genom åren varit bra resultat som stärkts.”

Bilaga 4 Diagram över sjukskrivningar

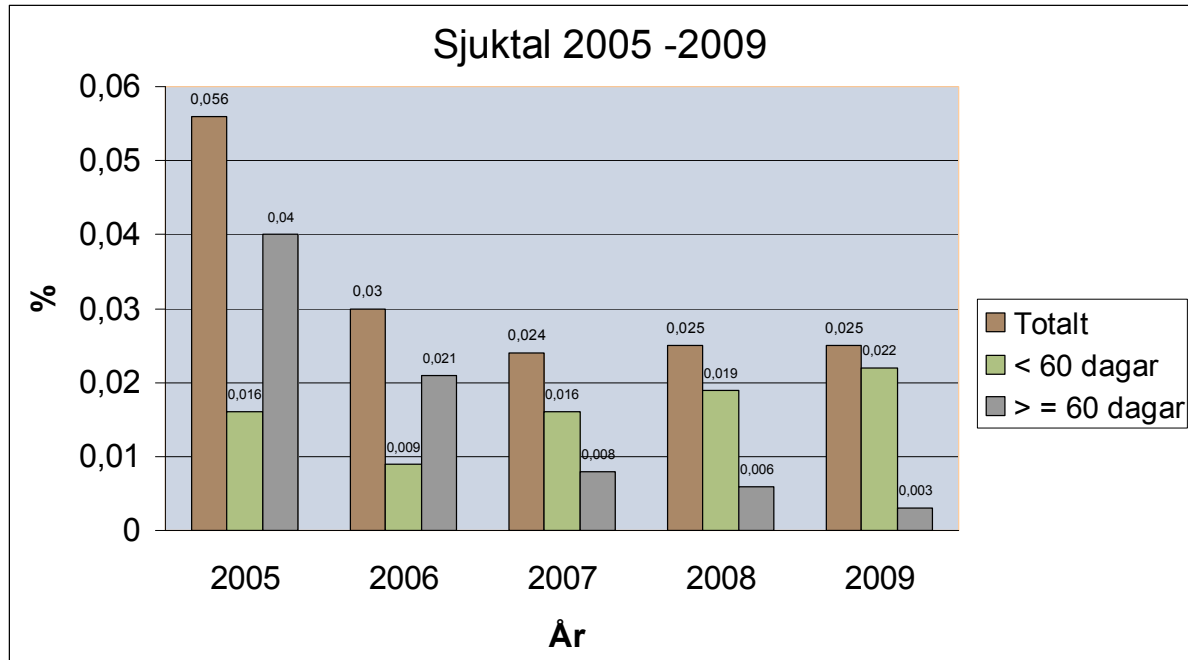


Diagram över sjukskrivningarna på företaget år 2005-2009. Erhållet av personalchef

Bilaga 5 Intranätsinformation om studien

Studie om upplevd hälsa/livskvalitet

Vi har två studenter, Julia Ahlén och Maria Åhman, som läser sista året på Hälsovetenskapliga programmet på Gymnastik- och Idrottshögskolan i Stockholm. De har förfrågat om att få göra sitt examensarbete med hjälp av vår personal. I sitt examensarbete söker man deltagare till en studie som de vill genomföra.

I linje med vår hälsoprofil så ställer vi upp på detta, men behöver då Ditt engagemang. Det vore tacksamt om så många som möjligt kan tänka sig att ställa upp – för såväl egen som för studenternas skull.

De inbjuder att prata om hälsorelaterade frågor såsom kost, träning, vikt, rökning eller stress i ett hälsocoachsamtal samt en enkät. Samtalen kommer att ske enskilt och det som tas upp under samtalet stannar mellan dig och samtalsledaren. Här har du möjlighet att prata om det som du känner är aktuellt för dig och som du vill ha hjälp med. Du får två samtal med ungefär 3 veckors mellanrum, där varje samtal kommer vara ca 30 minuter. Första samtalsveckan är v.5.

All information behandlas anonymt. Avseende enkäten så kommer den att koda (inga namn), så att ingen vet vem som fyllt i den. Mera info kommer efter anmälan.

Anmälan sker på länken nedan och bör ske snarast, dock senast torsdag 28 januari, varefter samtalstid bokas i respektive kalender samt meddelas via mail från hälsovetenskapliga programmen - som hoppas på högt deltagande!

Vi hoppas att du vill vara med i denna studie! Alla deltagare är värdefulla.

Bilaga 6 Informationsbrev MI-grupp

Vi hälsar dig hjärtligt välkommen att medverka i vår studie!

I detta mail bifogas en enkät, som du under måndagen den 1 februari, samt måndagen den 1 mars, får skriva ut och fylla i. Välj en personlig fyrsiffrig kod, t.ex. de fyra sista i personnumret, och skriv den på raden för ”personlig kod”. Viktigt är att du kommer ihåg koden så att du skriver samma kod på båda enkäterna. Detta för att vi ska kunna föra samman för- och efterenkät från samma person.

Kom ihåg att svara på alla frågor, annars räknas enkäten som bortfall!

Lägg den ifyllda enkäten i ett kuvert, som du märker ”GIH”. Vid första tillfället tar du med dig kuvertet till ditt hälsocoachssamtal. Viktigt är att du fyller i enkäten under måndagen den 1 februari. Vi kommer att återkomma inför det andra tillfället om vad som gäller då.

Hälsocoachssamtal kommer att äga rum under vecka 5, samt vecka 8, där vi i ca 30 minuter kan samtala om något som berör dig och ditt liv. För att du ska få ut så mycket som möjligt av samtalen ber vi dig meddela oss vad du skulle vilja prata om (som t.ex. kost, träning, vikt, stress, rökning). Svara gärna med vändande mail så snart som möjligt.

Allt som tas upp under samtalen stannar där och kommer inte att redovisas någonstans.

Tid kommer att bokas i din kalender och vi kommer även att skicka ett mail till dig med ytterligare information om lokal och dylikt.

Schema över studien

v. 5 måndag 1 februari	Skriv ut och fyll i enkäten, ta med till hälsocoach-samtal
onsdag-fredag	Hälsocoach-samtal 1 på bokad tidpunkt
v.8 tisdag-torsdag	Hälsocoach-samtal 2 på bokad tidpunkt
v.9 måndag 1 mars	Skriv ut och fyll i enkäten, mer info kommer

Har du några frågor, kontakta oss gärna!

Tack för din medverkan! Din insats är mycket värdefull!

Med vänliga hälsningar
Julia Ahlén och Maria Åhman

Bilaga 7 Informationsbrev kontrollgrupp

Önskan om medverkan i referensgrupp

Hej!

Som du säkert läst på bankens interna hemsida – Insidan – så har vi sökt personer för ett hälsosamtal som underlag till vårt examensarbete.

Vi har nått antalet deltagare, MEN vi behöver också ett antal referenspersoner som enbart ska fylla i bifogad enkät – en gång nu och en om en månad. Nu undrar vi om du skulle kunna tänka dig att hjälpa till med detta?! Detta är en mycket viktig insats för att studien ska kunna bli komplett.

I detta mail bifogas enkäten, som du under måndagen den 1 februari, samt måndagen den 1 mars, får skriva ut och fylla i. Välj en personlig fyrsiffrig kod, t.ex. de fyra sista i personnumret, och skriv den på raden för ”personlig kod”. Viktigt är att du kommer ihåg koden så att du skriver samma kod på båda enkäterna. Detta för att vi ska kunna föra samman för- och efterenkät från samma person.

Kom ihåg att svara på alla frågor, annars räknas enkäten som bortfall!

Lägg den ifyllda enkäten i ett kuvert, som du märker ”GIH”. Lämna sedan kuvertet i Yvonne Lundéns postfack på måndag den 1 mars.

Schema över studien

v. 5 måndag 1 februari	Skriv ut och fyll i enkäten, lämna i postfack
v. 9 måndag 1 mars	Skriv ut och fyll i enkäten, lämna i postfack

Har du några frågor, kontakta oss gärna!

Vi hoppas på din medverkan! Din insats är mycket värdefull!

Med vänliga hälsningar
Julia Ahlén och Maria Åhman