



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

Skolsköterskors användning av MI-metoden

Examensarbete i Vårdvetenskap
med inriktning mot primärvård

Nivå: Avancerad

Högskolepoäng: 15 hp

Program/utbildning:

Specialistsjuksköterskeutbildning med
inriktning mot distriktssköterska

Kurskod: OVA024

Datum: 2011-11-21

Författare: Bahar Sevim & Piispanen Veronica

Handledare: Häggström Nordin Elisabet

Examinator: Söderbäck Maja

Sammanfattning

MI står för Motivational Interviewing, den svenska översättningen av MI är Motiverande samtal. Ungdomstiden är den period i livet då man ställs inför svåra utmaningar och viktiga val. Det är då ungdomar formar sina levnadsvanor vilket har betydelse för hälsan under resten av livet. MI har visat sig vara en effektiv och lämplig metod för skolsköterskor när de träffar ungdomar med riskbeteenden inom skolhälsovården. Den får ungdomarna att ta eget ansvar och makt över sina beslut om livsstilsförändringar. Syftet med studien var att kartlägga skolsköterskors användning av MI-metoden i Västmanland- och Södermanlands län. Metoden var en retrospektiv tvärsnittsstudie. Studien genomfördes som en web-enkät med kvantitativ ansats. Studien var en totalundersökning då den riktade sig till samtliga skolsköterskor inom högstadie- och gymnasieskolor i Västmanland- och Södermanland län. Det var 38 av 117 skolsköterskor som besvarade web-enkäten med 21 flervalsfrågor. Studien visade att gruppen av skolsköterskor ansåg att MI-metoden kan vara en bra metod att använda i skolan. De menade att metoden fungerade som verktyg för både skolsköterskor och ungdomar i förändringsarbetet kring riskbeteenden och livsstilsförändring. Majoriteten av skolsköterskorna använde sig av metoden på något sätt, men att det saknades utbildning, tid och träning.

Nyckelord: Motiverande samtal, skolsköterskor, ungdomar, hälsofrämjande, riskbeteende, skolhälsovård och kvantitativ metod.

Abstract

MI stands for Motivational Interviewing, the Swedish translation of MI is Motiverande Samtal. Adolescence is a period in life when challenges are encountered and pivotal choices are being made. It is during this period adolescents form their lifestyle, which have an impact for their health for the rest of their life. MI has shown to be an effective and appropriate method for school nurses within school health care, to utilize in approaching by adolescents with risk behavior. This is because it gives adolescence to take responsibility and empowers them to make decisions regarding lifestyle-changes. The purpose of the study was to map school nurses use of MI in the counties of Västmanland and Södermanland. The method was a retrospective cross-sectional study. The study was conducted as a web survey with quantitative approach. The study was a census as it was addressed to all school nurses in secondary school in the counties of Västmanland and Södermanland. Thirty-eight out of 117 school nurses answered 21 multiple-choice questions on the web. The results showed that the group of school nurses thought that MI was a good method to use in a school environment. The method worked as a tool for both school nurses and adolescents in their change process concerning risk behavior and lifestyle change. The majority of school nurses used the method in some way or another, but they lacked education, time and training.

Keywords: Motivational Interviewing, school nurse, adolescent, prevention, risk behavior, school health and quantitative design.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund.....	1
2:1 Ungdomar och ungdomars utveckling.....	1
2.2 Riskbeteende hos ungdomar	2
2.2.1 Psykisk ohälsa.....	3
2.2.2 Alkohol och narkotika	3
2.2.3 Sexualitet.....	4
2.2.4 Kost och motion.....	4
2.3 Skolhälsovård	5
2.3.1 Förebyggande arbete inom SHV	5
2.4 Skolsköterskan.....	6
2.4.1 Skolsköterskans arbetsuppgifter	7
2.5 Motiverande samtal (MI)	7
2.5.1 Skolsköterskors roll vid MI-samtal.....	9
2.5.2 Skolsköterskors användning av MI-metoden.....	10
2.6 Problemformulering	10
3. Syfte	11
3.1 Frågeställningar	11
4. Metod.....	11
4.1 Studiedesign	11
4.2 Instrument- Konstruktion av web-enkät	12
4.3 Urval	12
4.4 Genomförande	12
4.5 Analys	13
4.6 Etiska överväganden.....	13
5. Resultat.....	14
5.1 Kännedom om MI bland skolsköterskorna.....	15
5.2 Skolsköterskornas utbildning i MI.....	15
5.3 Skolsköterskornas användande av MI.....	16

5.4 Riskbeteenden då skolsköterskorna använder sig av MI.....	18
5.5 Skolsköterskornas upplevelse av att använda MI	19
5.5.1 Fördelar med MI.....	19
5.5.2 Nackdelar med MI	21
5.5.3 Upplevelser av MI:s effekter	22
5.6 Skolsköterskornas stöd från sin verksamhet.....	24
5.6.2 Skolsköterskornas reflektioner kring MI	24
6. Diskussion	25
6.1 Metoddiskussion	25
6.2 Resultatdiskussion.....	28
6.2.1 Skolsköterskornas kännedom, utbildning och användande av MI.....	28
6.2.2. Skolsköterskornas positiva och negativa upplevelser av att använda MI.....	31
6.2.3 Framtida forskning	33
7. Slutsats	33

Referenslista

Bilaga 1

1. Inledning

I samband med distriktssköterskeutbildningen kom författarna i kontakt med Motivational Interviewing. Vilket har översatts till motiverande samtal (MI), inom svensk hälso- och sjukvård. MI är en strukturerad samtalsmetod för att hjälpa människor att hitta sin egen motivation för att ändra sin livsstil eller ett problembeteende. Skolsköterskans uppdrag går ut på att främja och förebygga ohälsa samt att förändra en eventuell ogynnsam livsstil hos elever. Författarna menar att MI kan vara en bra metod i skolsköterskans stödjande roll. En viktig del i MI är att förstärka personens tillit till sin förmåga att förändra sig, att tro på sig själv. Författarna ser MI som ett verktyg i hjälp till självhjälp. Då MI riktar sig till utsatta grupper valde författarna ungdomar inom skolan. Skolsköterskan är en vuxen förebild för många ungdomar. Som rådgivare kan hon locka fram så kallat ”förändringsprat”, förebygga och hantera svårigheter vid samtal om förändring av vanor. Författarna vill undersöka om skolsköterskor använder sig av MI som samtals-metod. För att använda MI behövs mycket träning och erfarenhet. Författarna blev nyfikna på om skolsköterskan använder sig av MI som verktyg och hennes upplevelser av MI i sitt arbete.

2. Bakgrund

I bakgrunden presenteras och förklaras centrala begrepp av betydelse för vår studie: ungdomar och riskbeteenden, skolhälsovården och skolsköterskans arbete med MI samt skolsköterskans preventiva arbete i högstadie- och gymnasieskolor.

2:1 Ungdomar och ungdomars utveckling

Begreppet Adolescence kan översättas med ungdom vilket definierar individer mellan 10-19 år (WHO, 2008). FN:s barnkonvention definierar begreppet barn som en individ som inte fyllt arton år, och ungdom som personer som är mellan 15 och 24 år (Janlert, 2000; FN:s barnkonvention, 2011). Ungdomstiden utgör när individen befinner sig i en övergång från barn till vuxen. Numera studerar allt fler ungdomar, jämfört med tidigare generationer, vilket betyder att ungdomar i högstadie- och gymnasieskolor har ökat (Lager, Berlin, Danielsson & Heimersson, 2009).

Ungdomstiden är den perioden i livet då man ställs inför svåra utmaningar, viktiga val och möjligheter och utsätts för flera påfrestningar och risker. Ungdomar skapar sin egen identitet under denna tid (Sandin, 2005). Ungdomars utveckling påverkas av flera faktorer, vilka kan innebära både risk- och skyddsfaktorer. Det innebär att om vissa riskfaktorer till exempel alkohol och droger förekommer kan ungdomar utveckla psykisk ohälsa, kriminalitet eller missbruk. Riskfaktorer kan föreligga på individnivå, familjenivå, kamratnivå, skolnivå samt samhällsnivå. Desto fler riskfaktorer som förekommer desto större är risken för att det ska gå illa. Genom att förebygga och reducera antal riskfaktorer, genom till exempel alkoholpolicy, arbete med föräldrars attityd till alkohol, kan negativa beteenden och ohälsa minskas (Kimber, 2009). Greitz & Svensson (2005) följde ungdomars utveckling i en studie avseende deras levnadsvanor, villkor och hälsa. Resultatet visade att majoriteten av ungdomar hade en god psykisk hälsa, även om den försämrades från årskurs 7 till årskurs 9. Detta kopplades till ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. Det sågs som normalt att tonåringars psykiska hälsa tillfälligt försämrades då de genomgick en intensiv utvecklingsfas. Det sammanfattades att det är viktigt att tillgodose ungdomarna med det stöd och den trygghet de behöver vid övergång från barn till vuxen (Greitz & Svensson, 2005).

2.2 Riskbeteende hos ungdomar

En risk definieras som sannolikheten för att en speciell, i de flesta fall negativ händelse skall inträffa (Janlert, 2000). Riskbeteenden i ungdomen resulterar ofta i en fortsatt ohälsosam livsstil samt missbruk i vuxen ålder (Hamilton, O'Connell & Cross, 2004; Flattum, Friend, Neumark-Sztainer & Story, 2010). Dessa beteenden kan vara i form av alkohol, narkotika, tobak samt ätstörningar (Flattum m.fl, 2010). Kartläggning av ohälsa hos ungdomar i Västmanland visade att den steg i takt med ökade prestationskrav, ökad oro och känsla av otillräcklighet. Även misslyckande i skolan visade avvikande beteenden och olika riskbeteenden (Händel, Simonsson & Lehrberg, 2011). Ungdomars övervikt och psykiska ohälsa har ökat kraftigt de senaste 20 åren (Ortiz, 2010). I Liv & Hälsa Västmanland har även kost och motionsvanor studerats. Ungdomars fysiska inaktivitet leder till fetma och olika fysiska och psykiska besvär så som; sömnstörningar och försämrade sociala relationer. Det framkom att ny teknik, i form av mobiltelefon användning, ses som en möjlig orsak till sömnstörningar vilket på sikt kan ge komplikationer (Händel m.fl, 2011). I CAN:s¹ årliga undersökning (Hvitfeldt & Gripe, 2010) om skolungdomars alkohol- och drogvanor visades

¹ CAN- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. www.can.se/

att alkoholkonsumtionen minskat kontinuerligt sedan början av 2000-talet hos elever i grundskolans årskurs 9 samt i gymnasiet årskurs 2. Även andelen unga rökare har minskat. Det var dock fler i gymnasiet som rökte jämfört med elever i årskurs 9 (Hvitfeldt & Gripe, 2010). I Liv & Hälsa i Västmanland påvisades att ungdomar som drack alkohol i högre utsträckning drabbades av depression och alkoholrelaterade skador (Händel m.fl, 2011).

2.2.1 Psykisk ohälsa

Dagens psykosociala problem har till stor del ett samband mellan livsstil, livsvillkor och samhällets utveckling (Hillman, 2007). Den psykiska ohälsan hos ungdomar har ökat sedan början av 1990-talet, främst hos flickor (Lager m.fl, 2009). Riskfaktorer som dålig ekonomi, massmedias budskap, instabila familjebildningar, föräldrars otrygghet på arbetsmarknaden samt sociala nätverk med dåligt inflytande kan vara hinder för uppväxtförhållanden och personlig utveckling (Hillman, 2007). Andelen ungdomar som använder psykofarmaka och vänder sig till psykiatrisk vård har ökat. Likaså upplevelse av ängslan, oro eller ångest ökar, vilket kan leda till att ungdomar i högre grad upplever fysiska symtom som ständigt trötthet, sömnbesvär, stress, huvudvärk samt värk i nacke och skuldror (Lager m.fl, 2009).

2.2.2 Alkohol och narkotika

Alkohol är en av de främsta bidragande riskfaktorerna för ohälsa hos ungdomar (Eriksson, Johansson & Bremberg, 2008). Alkoholkonsumtionen bland 15–16-åriga ungdomar var hög under 1990-talet, men har sedan 2000-talet minskat (Hvitfeldt & Gripe, 2010). I Händel m.fl. (2011) framkommer att narkotika användandet hos ungdomar i Västmanland och i övriga Sverige har ökat jämfört med tidigare undersökning 2008. Ungdomar som dricker alkohol har ökat sin konsumtion och de som haft en tidig alkoholdebut och en hög alkoholkonsumtion har en benägenhet att fortsätta att ha en hög konsumtion även som vuxna (Lilja & Larsson, 2003). Ungdomar som hade ett högt alkoholintag var medvetna om alkoholrelaterade problem men trodde inte att de själva skulle komma att drabbas av riskerna till följd av drickandet (Lilja & Larsson, 2003). Många gymnasieungdomar dricker alkohol. I årskurs två på gymnasiet har så många som fyra av fem druckit alkohol, av dessa har nästan alla varit berusade någon gång. I en studie från Karlstad framhölls att pojkar ofta har en mer positiv inställning till alkohol än flickor (Hagquist, 2000). Greitz & Svensson (2005) fann att föräldrarelationen kan ha en skyddande effekt. Ungdomar som hade föräldrar som hade kännedom om ungdomarnas

sysselsättningar på kvällar och helger, samt vilka de umgicks med och var de befann sig, hade en lägre konsumtion av alkohol än andra (Greitz & Svensson, 2005).

2.2.3 Sexualitet

Ungdomar har fått en mer liberal attityd till sexualitet och tillfälliga sexuella kontakter (Lager m.fl, 2009). Ungefär en tredjedel av ungdomarna har haft samlagsdebut när de går ut högstadiet och ungefär två tredjedelar har haft samlag när de går ut gymnasiet. Det har visat sig att preventivmedelsanvändningen varierar i olika grupper (Lewin, 1999; Edgardh, 2001). Ungdomar som hoppat av gymnasiet använder inte preventivmedel lika ofta som de som gick i gymnasiet (Edgardh, 2002). Ungdomars sexuella risktagande har visat sig vara förknippat med socioekonomisk status. Elever vid yrkesförberedande praktiska program löper större hälsorisker än elever vid teoretiska program. Häggström-Nordin (2005) genomförde en jämförelse av preventivmedelsanvändning mellan elever på teoretiskt och praktiskt gymnasieskolor, årskurs 1. Studien visade att fler elever på teoretiskt program använde preventivmedel vid sitt första samlag jämfört med elever på praktiskt program (Häggström-Nordin, 2005). Det är numera vanligt att ungdomar har samlag första kvällen med en ny kontakt, liksom att inte använda kondom. Detta trots ungdomars kännedom om att kondom ger ett gott skydd mot könssjukdomar och graviditet (Lager m.fl, 2009). Under 2000-talet har det skett en ökning av klamydia i Sverige. Enligt Smittskyddsinstitutet är klamydia den vanligaste rapporterade sexuellt överförda infektionen i Sverige och inom hela EU-området (Smittskyddsinstitutet, 2011).

2.2.4 Kost och motion

Under ungdomstiden formas personens levnadsvanor vilket har stor betydelse för hälsan under hela livet (Lager m.fl, 2009). För ungdomar kan en livsstil eller levnadsvanor vara en markering på samhörighet med en viss grupp samt ha en identitetsskapande innebörd (Lager m.fl, 2009). Goda matvanor är en förutsättning för en god hälsa och viktigt för välbefinnandet hos ungdomar (Livsmedelsverket, 2003). Mat- och motionsvanor formas av estetiska kroppsideal som ofta skiljer sig åt mellan könen. Bland flickor var det 14 procent som lät bli att äta lunch flera gånger i veckan jämfört med 7 procent av pojkarna. Vidare påvisades att ungdomar till högutbildade mödrar åt skollunch, grönsaker och frukt i högre utsträckning än ungdomar till lågutbildade mödrar (Lager m.fl, 2009). Den fysiska aktiviteten är viktig

friskfaktor i det hälsofrämjande arbetet samt verkade även förebyggande mot sjukdom (Statensfolkhälsainstitut, 2010). I början av 2000-talet hade andelen ungdomar som motionerade regelbundet ökat jämfört med tidigare (Hillman, 2007). Två av tre ungdomar motionerade regelbundet, detta var oberoende av könen (Lager m.fl, 2009). Trots detta har övervikt och fetma blivit vanligare bland ungdomar (Hillman, 2007; Lager m.fl, 2009).

2.3 Skolhälsovård

Med begreppet skolhälsovård (SHV) avses de insatser som skolsköterskan och läkaren gör för att främja elevers hälsa. Samarbete mellan skolhälsovården och övrig skolpersonal, föräldrar, föreningar och ungdomsmottagningar ses som viktigt (Socialstyrelsen, 2004). I skollagen från 2011 är det krav på att det skall finnas ett nätverk för eleverna för att främja deras lärande, utveckling och hälsa. Elevhälsan ska bestå av ett team av skolsköterska, läkare, psykolog, kurator samt personal med special pedagogisk kompetens (Skolverket, 2011). Författarna har i detta arbete använt begreppet skolhälsovård.

2.3.1 Förebyggande arbete inom SHV

Skolhälsovården är en del i samhällets folkhälsoarbete i Sverige och innefattar samtliga barn och ungdomar i åldern 6-19 år. I all verksamhet där arbete med barn och ungdomar bedrivs arbetas efter barnkonventionens styrdokument (Socialstyrelsen, 2004; Hillman, 2007). Socialstyrelsen övertog år 1997 tillsynsansvaret för skolhälsovården från Skolverket. Skolhälsovårdens uppdrag tydliggjordes utifrån skollagen, att bevara och förbättra barn och ungdomars behov och rättigheter (Socialstyrelsen, 2004). Högstadiе- och gymnasieskolan är en lämplig arena för förebyggande insatser. Genom hälsosamtal utvecklas insatser kring riskbeteenden i skolhälsovården (Kelly & Lapworth, 2006; Pirskanen, Pietilä, Halonen & Laukkanen, 2006; Arnesdotter, Olander & Ragneskog, 2008). I många skolor finns en tobak- och alkoholpolicy som efterföljs (Brännström, 2011). Skolmiljön har visat sig ha effekt på flera beteendeproblem, ungdomar som trivs i skolan har lägre benägenhet för riskbeteenden (Händel m.fl, 2011). En studie från USA visar att ett skraddarsytt preventionsprogram som innefattar individuella samtal minskar risken för riskbeteenden och missbruk (Werch & Carlson, 1996).

2.4 Skolsköterskan

För att få arbeta som skolsköterska krävs en påbyggnad på sjuksköterskeexamen, antingen specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (Morberg, 2008). Tegnell & Hellgren (2010) betonade att det var viktigt att skolsköterskan har en adekvat utbildning för att förstå ungdomarnas hälsoproblem ur ett utvecklingsperspektiv. Hennes förmåga att kunna identifiera riskbeteenden och att ingripa i ett tidigt stadium, innan nya ovanor etablerats anses viktigt (Pirskanen m.fl, 2006; Arnesdotter m.fl, 2008). Skolsköterskan är en viktig förebild för eleverna och genom hennes förhållningssätt bidrar hon till att eleverna får en bra skolmiljö (Johansson & Ehnfors, 2006). Hon ser till varje enskild elevs möjlighet och utvecklingspotential, förmedlar kunskap samt bidrar till elevens handlingsberedskap för kommande vuxenliv (Krantz, 1998). Skolsköterskan är den som först möter ungdomar med psykosomatiska besvär (Hillman, 2007). Krantz (1998), Clausson (2008), Adria (2011) påpekar att skolsköterskan ses som en resurs och anses vara utmärkt i preventionsarbetet för hälsosammare livsstil och förebyggandet av missbruk och ohälsa.

I Krantz studie (1998) ansåg de intervjuade skolsköterskorna ha ett stort ansvar och hög grad av självständighet i sitt arbete. Enligt Tegnell & Hellgrens (2010) kartläggning ansvarade skolsköterskan för i medeltal 594 elever på en heltidstjänst. Skolsköterskan måste få möjlighet att skapa en relation till eleven för att upptäcka problem och riskbeteenden. I skolor där skolsköterskan ansvarar för alltför många elever finns inte tid att integrera med eleverna på ett meningsfullt sätt (Adria, 2011). Ett ökat antal elever med psykosociala problem ställer krav på tillgänglighet och individuellt stöd av skolsköterskan. Skolsköterskor uttrycker en oro över sina möjligheter att bedriva hälsofrämjande arbete bland eleverna beroende på bristande legitimitet och utrymme i sitt arbete (Morberg, 2008). Vidare framhålls att skolsköterskan har stor kunskap om elevernas hälsa men att de inte utnyttjar sin kunskap till fullo (Hamilton m.fl, 2004). Utrymmet begränsades genom regler, minskade ekonomiska resurser och rektors bristande intresse för skolsköterskans arbete (Morberg, 2008). I Adria (2011) studie framkom att det vanligaste sättet för skolsköterskan att uppmärksamma psykisk ohälsa hos eleven var genom hälsosamtal. Skolsköterskor visade sig avsätta mer än 20 minuter för hälsosamtal. Vanligast var att eleven själv sökte kontakt med skolsköterskan. Andra hänvisades dit av övrig skolpersonal. Det var 57 procent av skolsköterskor som angav att de hade tillgång till handledning. Det visade sig vara en lång väntetid för eleven att få kontakt med psykolog,

medelväntetid för nya ärenden var 10 veckor. Workshop och andra utbildningsformer ansågs behövliga för att utveckla skolsköterskans kompetens och trygghet i deras förmåga att ge eleven stöd på bästa sätt (Adria, 2011).

2.4.1 Skolsköterskans arbetsuppgifter

Skolsköterskans arbete regleras av lagar, föreskrifter och riktlinjer. Skolsköterskor inom skolhälsovården skall arbeta utifrån kompetensbeskrivningens huvudområden, omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap (Riksföreningen för skolsköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Skolsköterskan arbetar utifrån Health promotion- hälsofrämjande arbete vilket definieras som möjligheter för individer att använda sina egna resurser på bästa tänkbara sätt för att få kontroll över sitt liv (Krantz, 1998). Genom preventionsarbete utförs insatser för att förebygga ohälsa. Olander (2009) menar att skolsköterskans hälsoarbete innefattar inte bara omvårdnad med fokus på den enskilda elevens mål utan även folkhälsoarbete som en del av preventionsarbetet.

Hälsoarbetet innebär att eleven får stöd med individuellt anpassade insatser, hälsovägledning samt undersökningar. Skolsköterskan arbetar hälsofrämjande och förebyggande genom att ge individriktad hjälp (Olander, 2009). Skolsköterskan bör årligen ha ett individuellt samtal med eleven och till föräldrarna kan ett skriftligt underlag ges som ger möjlighet till diskussion i hemmet om olika riskbeteenden (Werch & Carlson, 1996). Pirskanen m.fl. (2006) menade att hälsosamtal var ett sätt för skolsköterskan att diskutera elevernas levnadsvanor och livsstil samt ge råd kring riskbeteenden, vilket uppskattades av ungdomarna. Johansson & Ehnfors (2006), Golsäter (2010) studier visade att eleverna var positiva till att samtala med skolsköterskan om hälsa och livsstilförändringar. Hälsofrågor som skolsköterskan samtalade med eleverna om var: skolsituation, hälsoproblem, kamratrelationer, tobak, alkohol, droger, motion, kost och sexualitet (Socialstyrelsen, 2004). Händel m.fl. (2011) poängterar att hälsa skapas genom att man bryr sig om sig själv och andra.

2.5 Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal (*Motivational Interviewing*, MI) är en samtalsmetod som professor William R Miller, amerikansk psykolog, utvecklade i början av 1980- talet i sitt arbete med alkoholberoende patienter. Han började samarbeta med Steven Rollnick, psykolog och metodutvecklare på området rådgivning inom hälso- och sjukvård. MI har sina rötter i

humanistisk psykologi, social inlärningspsykologi och motivationspsykologi. MI är en evidensbaserad metod som sprids snabbt och är vanligt i Sverige idag. Metoden har utvecklats utifrån kliniskt arbete och forskning som en samtalsmetod för att hjälpa människor till förändring framför allt när det gäller att förändra sin livsstil (Bart & Näsholm, 2006; Holm Ivarsson & Pantzar, 2007; Ortiz, 2010). Det finns fyra grundläggande principer för MI. Att lyssna aktivt och visa empati. Att få ungdomar att känna egen makt över sitt liv, empowerment. Att sträva efter att utveckla förståelse för skillnad mellan hur det är och hur det ska vara, genom att stödja ungdomens självförtroende och att rulla med motstånd, genom en reflektion eller sammanfattning följt av en öppen fråga. Att inte förstärka motståndet med motargumentation och övertalningsförsök (Rollnik & Miller, 2009; Ortiz, 2010).

MI erbjuder verktyg för att hantera problem med motivation som tidigare inte varit uppmärksammade inom andra samtalsmetoder (Ortiz, 2010). Metoden har visat sig vara effektiv och tillfredsställande för både skolsköterska och elev (Holm Ivarsson, 2009). MI är en elevcentrerad samtalsmetod, det är elevens syn på sin situation och livsstil som är i fokus (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007; Holm Ivarsson, 2009; Flattum m.fl, 2010). Nyckeln till MI är att skapa trygghet och engagemang, att få eleven att prata utan att väcka motstånd. Det gör att eleven upplever sig aktiv och ansvarig, vilket öppnar upp för nya möjligheter.

Förhållningssättet i MI gör att eleven tror på sig själv, sin förmåga att ta ansvar för sitt liv och för förändring (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007). Även Rollnick & Miller (2009) och Flattum m.fl. (2010) nämner vikten av att få fram en beteendeförändring genom att hjälpa ungdomar att utforska och lösa ambivalens. Vidare menar Barth & Näsholm (2006) att ett sådant samtal främst inte handlar om hur förändring ska ske, utan om förändring ska ske och om varför eller varför inte. Detta samtal har utgångspunkt i ungdomens uppfattning, tankar och upplevelser.

Metoden används inom de flesta livsstilsområden, exempelvis riskbruk av alkohol, användning av droger, tobak, mat, övervikt, fysisk inaktivitet, spelberoende, dåliga matvanor och sexuellt riskbeteende (Holm Ivarsson, 2009). Metoden kan även användas vid problem där eleverna har tydliga valmöjligheter, till exempel vid skolk, passivitet i skolarbetet, för lite sömn eller i konflikter mellan olika krav i skolan och andra intressen (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007). MI samtal kan vara korta eller långa och metoden är densamma oavsett om man talar med en ung eller en gammal person samt oavsett ämne. Metoden kan användas både individuellt och i grupp (Lawendowskin, 1998; Ortiz, 2011). I Sverige används metoder som

bygger på Stages of Change² när det gäller stöd för att förändra levnadsvanor. MI kan användas tillsammans med andra metoder och då kan effekten bli mer stabil och långvarig (Hillman, 2007).

2.5.1 Skolsköterskors roll vid MI-samtal

Grunden för ett MI-samtal är ett empatiskt förhållningssätt och ett reflektivt lyssnande (Holm Ivarsson, 2009). Metoden uppfattas som stressreducerande för skolsköterskan, då rollen blir att hjälpa ungdomar att hitta sin egen motivation snarare än att ”installera” den hos henne eller honom (Ortiz, 2010). Det är trots allt en styrande metod, men med respekt för att förändringen måste ske i elevens takt och på dennes villkor (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007; Holm Ivarsson, 2009).

Det är skolsköterskan som är rådgivaren, styr samtalet genom att ställa frågor som har fokus på att utforska förändring. Hon leder samtalet genom olika teman så att eleven kan reflektera över sig själv, identifiera aspekter av sitt beteende, upptäcka de positiva och negativa konsekvenserna av det samt överväga fördelar och hinder för att sluta. Skolsköterskans roll är att underlätta denna process och leda den i en positiv riktning genom att tillhandahålla resurser och vara ett stöd (Lawendowski, 1998; Flattum m.fl, 2010). Förändringen grundar sig på ungdomens egna upplevelser, förståelse och prioriteringar (Barth & Näsholm, 2006; Holm Ivarsson & Pantzar, 2007; Holm Ivarsson, 2009). När beslutet om förändring är fattat stödjer skolsköterskan eleven att utveckla en handlingsplan och att sätta upp mål (Holm Ivarsson, 2009).

Johansson & Ehnfors (2006), Golsäter (2010) menar att skolsköterskans förhållningssätt och intresse spelar en stor roll för hur mycket ungdomarna öppnar sig. Genom skolsköterskans sätt att lyssna och visa att hon bryr sig om eleven skapas ett förtroende och elever anförtror sådant som var mer intimt (Johansson & Ehnfors, 2006; Golsäter, 2010). Skolsköterskan använder det empatiska och reflektiva lyssnandet för att få ett gott förhållande till eleven (Holm Ivarsson, 2009; Adria, 2011). Trygghet anses som viktigt i relationen mellan eleven och skolsköterskan. Relationen var en viktig faktor för elevernas känsla av att skolan var en trygg plats där eleverna vill vara (Holm Ivarsson, 2009). Trots detta är det viktigt att veta är

² Stages of Change- Transteoretisk modell för beteendeförändring. www.psykologiguiden.se

att det kunde ta flera spontana besök med små problem innan eleven öppnade sig och vågade anförtro sig och berätta om det verkliga problemet (Adria, 2011).

2.5.2 Skolsköterskors användning av MI-metoden

Förväntningarna på att skolsköterskan ska kunna motivera ungdomar till ändrade levnadsvanor växer (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007). Skolsköterskor menar att MI är en bra, framgångsrik och användbar metod i deras arbete med elever (Adria, 2011). Vidare framgår att MI ger ett bra stöd till skolsköterskan i de utmaningar som kan finnas i MI-samtalet (Lawendowskin, 1998; Ortiz, 2010). MI med enskilda elever kan integreras och användas inom skolhälsovården vid hälsoundersökningar och hälsosamtal (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007).

Kelly & Lapworth (2006) utvärderade effekterna av att ha MI med gymnasieungdomar som rökte. Det framgick att det fanns måttliga vinster med MI-metoden i förhållande till standardbehandling. Det viktigaste vara att skolsköterskan agerade (Kelly & Lapworth, 2006). Flattum m.fl. (2010) studie visade att MI var en lämplig metod att använda, för att hjälpa fysiskt inaktiva flickor. Genom att använda sig av metoden uppnåddes en beteende förändring kring fysisk aktivitet, kostbeteende och självkontroll. Hamilton m.fl. (2004) ansåg att det var viktigt att skolsköterskor utvecklade färdigheter i MI för att hjälpa elever med sitt riskbeteende. Skolsköterskor i studien hävdade att de var bekanta med MI som rådgivningsmetod men de menade att de hade behov av ytterligare kompetensutveckling. Om skolsköterskan fick träning, utbildning och övning skulle de känna sig bekväma med att använda MI som metod i preventionsarbetet (Hamilton m.fl, 2004).

2.6 Problemformulering

Ungdomar är en grupp människor som ställs inför extra svåra utmaningar, val, påfrestningar och risker i sin övergång från barn till vuxen. Tidigare forskning visar att riskbeteenden i ungdomen ofta resulterar i en ohälsosam livsstil samt missbruk även i vuxen ålder. Genom att tidigt upptäcka riskbeteenden och eliminera dessa kan man stärka ungdomarnas hälsa. MI är en samtalsmetod som sprider sig i Sverige och som framförallt är lämplig för kliniska miljöer som skolan. Tidigare studier har visat att MI har god effekt på ungdomar och är en lämplig metod i syfte att ändra ett riskbeteende eller ohälsa. Detta då eleverna får känna sig delaktiga i

det som rör dem samt själva hitta motivation för att förändra sitt beteende. Tidigare studier har visat att skolsköterskor hävdade att de var bekanta med MI som rådgivningsteknik men de menade att det fanns behov av ytterligare kompetensutveckling. Om skolsköterskor erbjuds träning, ytterligare utbildning och övning skulle de kunna känna sig bekväma med att använda MI som teknik i preventionsarbetet. Vi vet att MI som samtalsmetod är effektivt och vanligt i Sverige men det finns inga tidigare studier i vilken utsträckning MI används i svenska skolor. Författarna är därför intresserade av att undersöka och kartlägga om MI används inom skolhälsovården samt skolsköterskors användning av MI-metoden.

3. Syfte

Syftet med denna studie var att kartlägga skolsköterskors användning av MI-metoden i skolor i Västmanland- och Södermanlands län.

3.1 Frågeställningar

1. Vilken kännedom har skolsköterskorna om MI?
2. Vilken utbildning har skolsköterskorna i MI?
3. Vilket stöd har skolsköterskorna från verksamheten?
4. I vilken utsträckning används MI av skolsköterskor?
5. Inom vilka riskgrupper används MI av skolsköterskor?
6. Hur upplever skolsköterskor att använda MI?

4. Metod

Här presenteras studiedesign, konstruktion av web-enkät, urval, genomförande, analys samt etiska övervägande för studien.

4.1 Studiedesign

Studien utfördes som en retrospektiv tvärsnittsstudie där skolsköterskors användande av MI inom skolhälsovården undersöks. Enligt Polit & Beck (2008) är en sådan design att föredra då oberoende variabler har samlats in för att se vilken effekt de har på beroende variabeln,

användandet av MI. Exempel på de oberoende variablerna som vi har använt är hur många år skolsköterskorna har arbetat, om de har fått någon utbildning i MI och längd på utbildningen.

4.2 Instrument- Konstruktion av web-enkät

Studien genomfördes med kvantitativ ansats, Polit & Beck (2008) hävdar att kvantitativ design är en strukturerad metod. Utifrån bakgrund och kunskapsgenomgång av tidigare forskning, inom ämnet konstruerades en web-enkät med 21 flervalsfrågor. Polit & Beck (2008) anser att stor försiktighet måste tas när man konstruerar frågor, de skall vara enkla och tydliga. Fem frågor hade öppna svarsalternativ med beteckningarna; beskriv, berätta, annat eller övrigt för att i efterhand kunna kategorisera. En pilotstudie genomfördes där efter och en verksam skolsköterska besvarade frågorna innan studien genomfördes (Eliasson, 2010). I pilotstudien framkom att vissa frågor var svåra att besvara då frågorna var alltför öppna. Enkäten omarbetades till mer slutna frågor med 16 slutna svarsalternativ.

4.3 Urval

Författarna informerade under sommaren 2011 samordnade skolsköterskor (n=2) i Västmanland och Södermanland om denna studie. De samordnade skolsköterskorna informerade därefter skolsköterskor vid en kickoff-samling vid termin start. Därefter skickade författarna ut web-enkäten samt ett informationsbrev (Bilaga 1) till samtliga skolsköterskor inom grundskolans högstadieskolor och gymnasieskolor i Västmanlands- och Södermanlands län (N=136). Av de 136 mailadresserna kom (n=19) tillbaka och det totala utskicket i studien blev (n=117) efter bortfall av de som tackat nej (n=5) samt felaktig mailadress (n=14). Bortfallet av de som tackat nej berodde på att de inte var i tjänst eller arbetade på specialskolor. Studien var en totalundersökning då den riktade sig till samtliga skolsköterskor verksamma på grundskolans högstadium (ungdomar 13-16 år) och gymnasieskolor (ungdomar 16-19 år) på alla kommunala skolor och friskolor i Västmanlands- och Södermanlands län.

4.4 Genomförande

Informationsbrev samt web-enkät skickades ut elektroniskt via e-mail till alla skolsköterskor (n=117). Web-enkäten fanns tillgänglig under två veckor, (5/9-18/9). Två påminnelser gjordes, en fyra dagar respektive tio dagar efter att enkäten skickades ut första gången.

4.5 Analys

De besvarade enkäterna avidentifierades i enlighet med konfidentialitetsprincipen. Svaren kodades med siffror, användes i Statistikprogrammet SPSS version 19 för Windows (Statistical Package for the Social Sciences) (Eliasson, 2010). Svartalternativen analyserades fråga för fråga (Polit & Beck, 2008). Med beskrivande statistik redovisas resultatet i tabeller och figurer. Jämförelser redovisas i korstabeller. Vid tre av frågorna (5,9,16) fanns öppna svartalternativ *annat/ge exempel* som komplement. På dessa har respondenterna svarat kortfattat exempelvis; egna studier, frånvaro, hälsosamtalet etc. Dessa har redovisats under respektive fråga i resultatdelen.

De fyra öppna frågorna (11,12,18,21) som besvarades med längre svar har kategoriserats och redovisats med figurer och förklarande text. Texten har styrkts genom olika citat från respondenterna. Kategorisering och begreppsbildning är samma sak och fokuserar på hur vi planerar vår kunskap. Polit & Beck (2008) menar att nästan all data som man börjar analysera är kvalitativ då respondenterna svarar med ord och inte i siffror. Orden översätts och kodas för att sedan översätts till kvantitativa kategorier (Polit & Beck, 2008). Författarna granskade vad som förenade samt skiljde respondenternas svar och delade in dem i olika huvudgrupper. Detta gjordes genom att respondenternas svar klipptes ut och sattes fast på en whiteboardtavla. Därefter sorterades svaren för att hitta en gemensam benämning som vi valt som huvudbegrepp vid kategoriseringen.

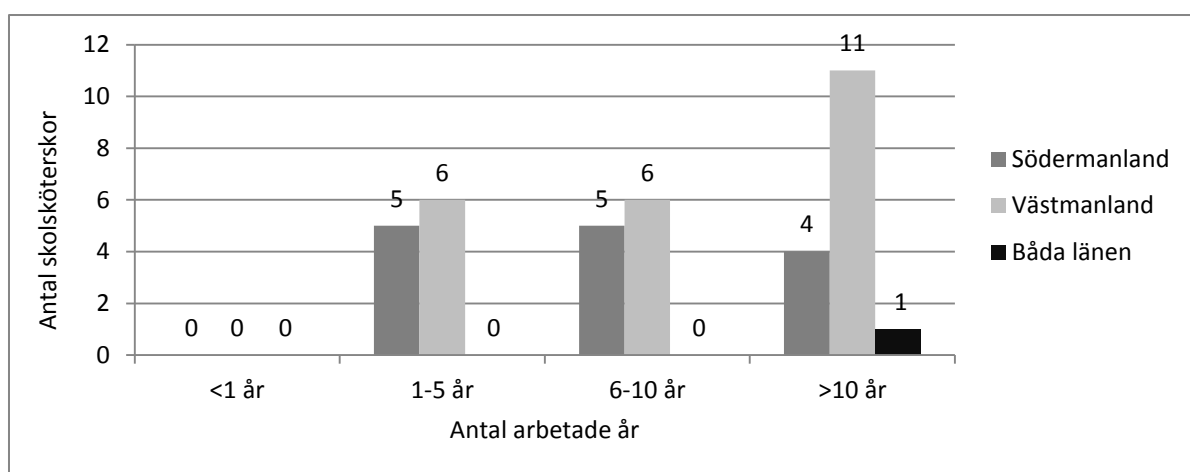
4.6 Etiska överväganden

Enligt grundläggande forskningsetiska principer utifrån Vetenskapsrådets krav på autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvisepincipen, informationskravet, nyttjandekravet, samtyckeskravet samt anonymitetskonfidentialitetskravet tillgodosetts (Olsson & Sörensen, 2007). Informationskravet säger att deltagarna ska bli informerade om studiens syfte, dessa fick e-post med information. I informationen framgick det att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan att ange skäl, vidare framgick vilka som var ansvariga för studien och kontaktuppgifter så att författarna kunde nå. Samtyckeskravet innebär att deltagarna ska lämna skriftligt samtycke till att delta i studien, vilket skolsköterskorna gjorde genom att besvara enkäten. Då

enkätfrågorna inte var av känslig karaktär och att skolsköterskorna själva fick bestämma om deltagande i studien behövdes inga tillstånd sökas (Lind, 2001). Författarna röjer inte deltagarnas identitet, genom att all data avidentifierades så att enskild individ inte kan identifieras (Olsson & Sörensen, 2007). Författarna kommer att skicka det färdiga arbetet via mail till samordnade skolsköterskor i båda länen. Deltagarna har då möjlighet att ta del av studien.

5. Resultat

Av de 117 utskickade enkäterna besvarades 38, en svarsfrekvens på 32,5 %. Det var 24 respondenter som svarade från Västmanland och 14 från Södermanland, en svarsfrekvens på 45% respektive 22 %. Det interna bortfallet på de slutna frågorna varierade mellan 0-9 respondenter. På de öppna frågorna varierade interna bortfallet mellan 0-18 respondenter. Av de skolsköterskor som svarat var det 22 som arbetade på högstadieskolor och 14 som arbetade på gymnasieskolor och två som arbetade både på högstadie- och gymnasieskola. Hur länge skolsköterskorna varit verksamma inom skolan presenteras i Figur 1 nedan.

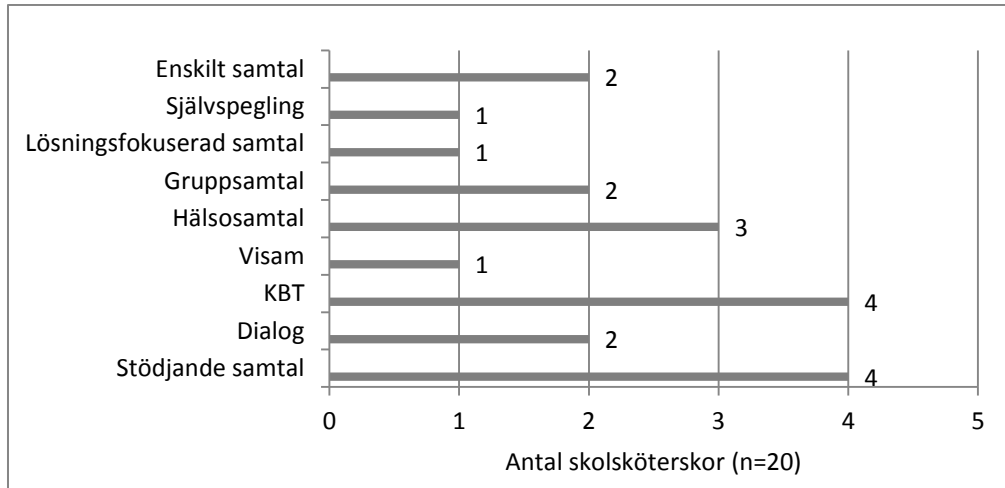


Figur 1. Antal år som skolsköterska i respektive län (n=38).

Det var ingen skolsköterska som arbetat mindre än 1 år. 11 av 38 skolsköterskor hade arbetat mellan 1-5 år. De flesta hade arbetat längre än 10 år och har en lång erfarenhet.

5.1 Kännedom om MI bland skolsköterskorna

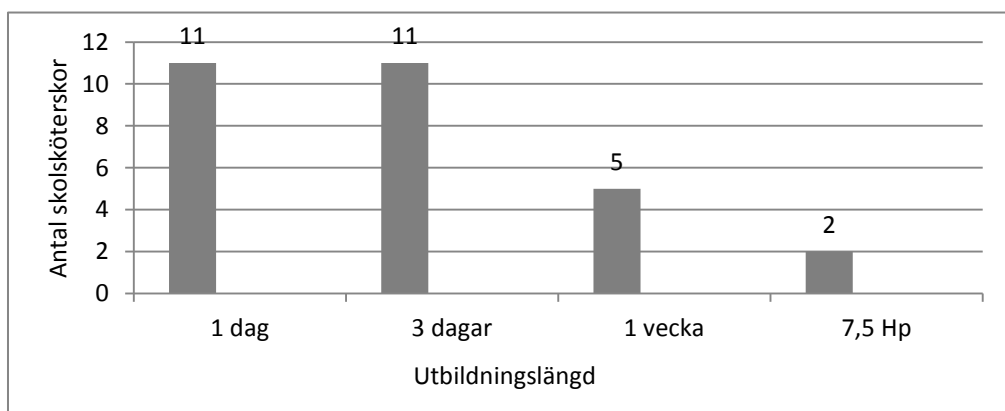
Samtliga 38 skolsköterskor angav att de kände till MI som samtalsform. På den öppna frågan om vilka andra samtalsformer skolsköterskorna kände till angav 20 andra samtalsformer. Det framgick att samtalsformerna KBT, Stödjande samtal och Hälsosamtal var det skolsköterskorna kände till förutom MI. De samtalsformer som angavs redovisas i Figur 2.



Figur 2. Samtalsformer som skolsköterskor känner till (n=20).

5.2 Skolsköterskornas utbildning i MI

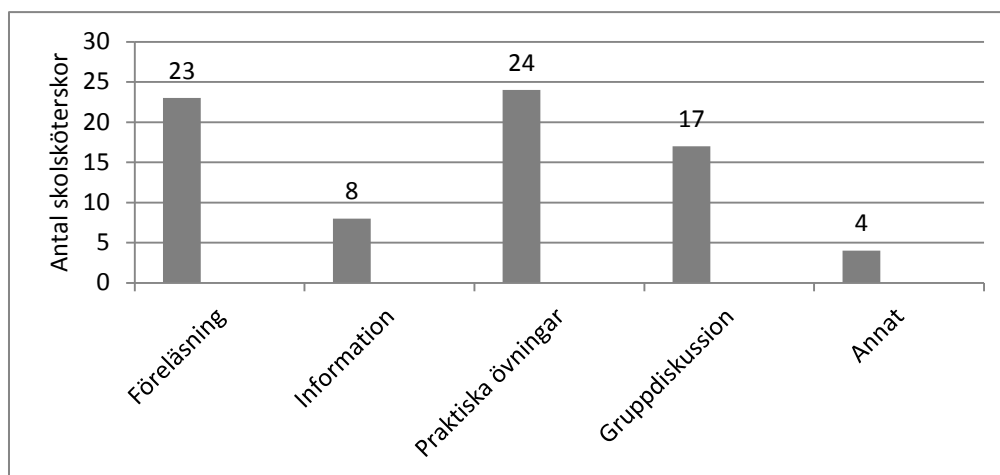
En stor andel av skolsköterskor angav att de hade någon form av utbildning i MI. Av skolsköterskorna svarade 29 att de hade utbildning medan 9 saknade utbildning i MI. Av de skolsköterskor som hade någon form av utbildning angavs en varierad utbildningslängd, se Figur 3.



Figur 3. Skolsköterskors utbildningslängd inom MI (n=29).

Vanligast var en utbildningslängd på 1 till 3 dagar. Medianen på utbildningslängden blev 2 dagar.

Som pedagogik/metodik i utbildningen angavs föreläsning, information, gruppövningar, diskussion samt annat, se Figur 4.



Figur 4. Skolsköterskornas utbildningsinnehåll i MI (n=29).

Flera respondenter valde fler alternativ av pedagogik/metodik i utbildningen varför summan blev högre än 38. Inom kategorin pedagogik/metodik i utbildningen svarade så gott som alla skolsköterskor i studien att föreläsningar (n=23), praktiska övningar (n=24) samt något färre nämnde gruppdiskussioner (n=17) som de vanligaste arbetsformerna. Av de som svarat annat framkom att egna studier var det gemensamma. Detta i form av att de läst litteratur i ämnet.

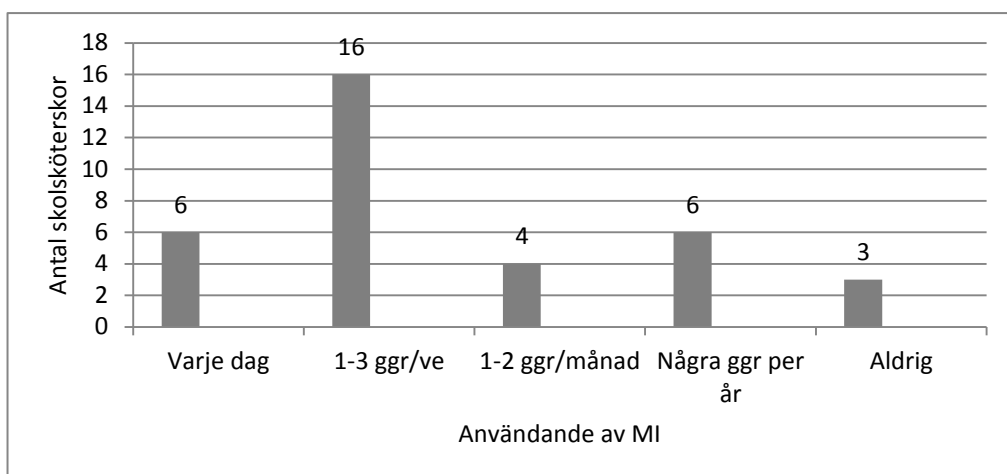
5.3 Skolsköterskornas användande av MI

Majoriteten av skolsköterskor som angav sig ha fått utbildning i MI använde sig av den i praktiken (n=27). Endast ett fåtal (n=4) använde sig av MI trots att de saknade utbildning. Två skolsköterskor angav att de hade utbildning men praktiserade inte MI i sitt arbete med eleven. Fem skolsköterskor svarade att de varken hade utbildning eller använde sig av MI i sitt arbete, se Tabell 1.

Tabell 1. Arbetet med MI relaterat till skolsköterskors utbildning i MI (n=38).

	Utbildning:		Totalt:
	Ja	Nej	
Arbetar utifrån MI: Ja	27	4	31
Nej	2	5	7
Totalt:	29	9	38

Alla som hade någon form av utbildning i MI, (n=29), svarade att de använde sig av MI. Vidare framgick att de flesta skolsköterskorna använde sig av MI någon gång per år även om de inte hade utbildning i det, se Figur 5.



Figur. 5 Hur ofta skolsköterskorna använder sig av MI (n=35).

Vanligast var att skolsköterskor använde MI ett par gånger i veckan, (n= 22).

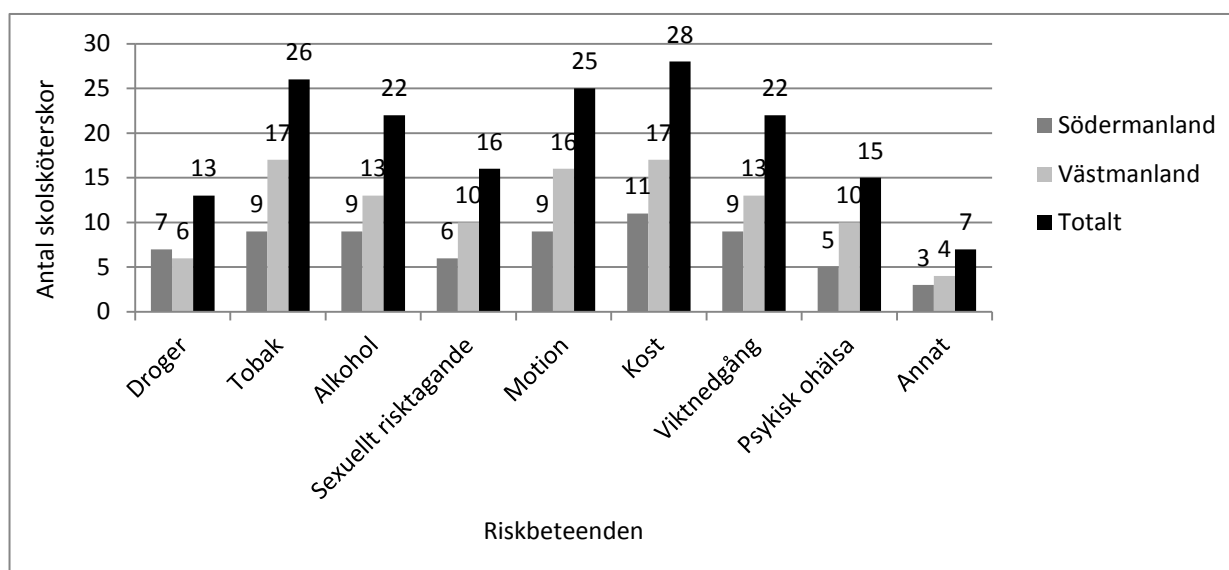
De skolsköterskor som arbetat längre tid använder MI i högre grad än de som arbetat kortare tid, se Tabell 2.

Tabell 2. Skolsköterskors erfarenhet relaterat till användning av MI (n=38).

	Arbetar utifrån MI:		Totalt:
	Ja	Nej	
Arbetslängd: < 1år	0	0	0
1-5 år	7	4	11
6-10 år	9	2	11
> 10 år	15	1	16
Totalt:	31	7	38

5.4 Riskbeteenden då skolsköterskorna använder sig av MI

De riskbeteenden som togs upp var droger, tobak, alkohol, sexuellt risktagande, motion, kost, viktnedgång, psykisk ohälsa samt annat, se Figur 6.



Figur 6. Riskbeteenden då MI används av skolsköterskor (n=31).

Flera respondenter valde fler alternativ av riskbeteenden varav summan blev högre än 38. Inom kategorin riskbeteenden var det vanligaste att använda MI vid riskbeteendena kost (n=28), tobak (n=26) och brist på motion (n=25). Även beteenden som värderingsfrågor,

mobbing samt frånvaro nämndes. Flera skolsköterskor angav att de använde sig av MI-metoden i hälsosamtal.

5.5 Skolsköterskornas upplevelse av att använda MI

I skolsköterskors upplevelse av att använda MI efterfrågades om de kände sig bekväma med att använda metoden. På frågan har tre respondenter som inte använder sig av MI besvarat frågan med vet ej, varför summan blev högre än 31.

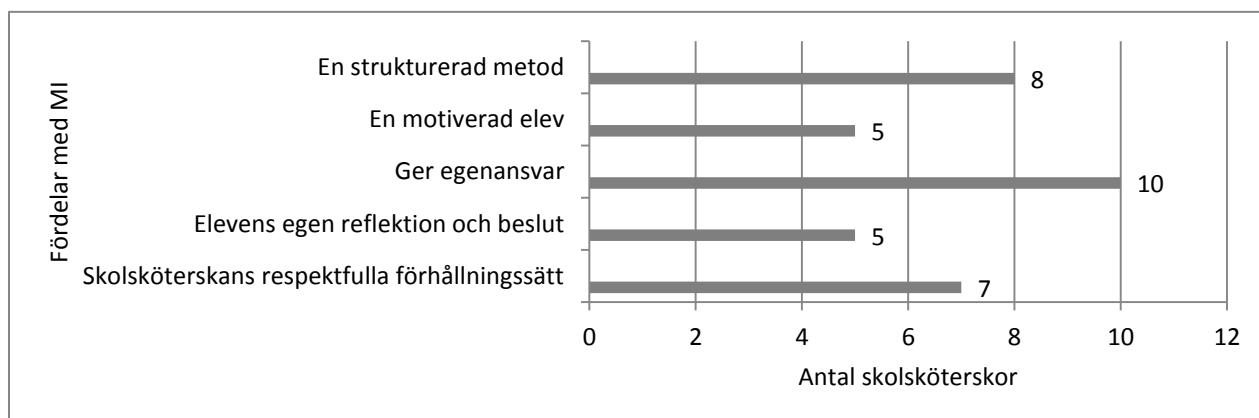
Tabell 3. Hur bekväma skolsköterskorna känner sig med MI (n=34).

	Antal:
Ja:	22
Nej:	3
Vet inte:	9
Totalt:	34

Drygt hälften svarade att de kände sig bekväma med att använda MI som teknik i sitt preventions arbete.

5.5.1 Fördelar med MI

Vid kategorisering av fördelar med MI framkom följande kategorier; *En strukturerad metod*, *En motiverad elev*, *Ger egenansvar*, *Elevens egen reflektion och beslut* samt *Skolsköterskans respektfulla förhållningssätt*, se Figur 7.



Figur 7. Fördelar med MI enligt skolsköterskor (n=33).

Med metodens fördelar menade skolsköterskorna att MI var en bra samtalsmetodik. De nämnde att den var *strukturerad*, ett beprövat arbetssätt som fick eleven att öppna sig och tala. Vidare upplevde de att det är eleven som styr samtalet samt att de lättare får med eleven i förändringsarbetet. Samarbetet mellan elev och skolsköterska är viktig för att uppnå en förändring. En skolsköterska skrev ” *En bra samtalsmetodik för eleven, som själv kan se och komma underfund med saker i hans/hennes liv som kan behöva förändras*” (Respondent, 201) en annan skolsköterska skrev ” *struktur, funktion, beprövad*” (Respondent, 109).

Ytterligare fördel med metoden var att skolsköterskorna upplevde att eleverna var mer *motiverade* och *delaktiga*. En skolsköterska skrev ” *Individen måste känna själv att den kan och vill och får en känsla av sammanhang, ökat KASAM*” (Respondent, 102).

Ett flertal skolsköterskor (n=10) ansåg även fördelen med *eget ansvar*. Eleverna fick själva tänka till och komma på orsaker, komma till insikt, hitta lösningar och förslag på livsstilsförändringar. En skolsköterska skrev ” *Genom att eleven själv får komma fram till slutsatser om sitt beteende och vilka förändringar som kan göras så förankras tankarna lättare hos eleven och ökar möjligheterna till ett lyckat resultat*” (Respondent, 115).

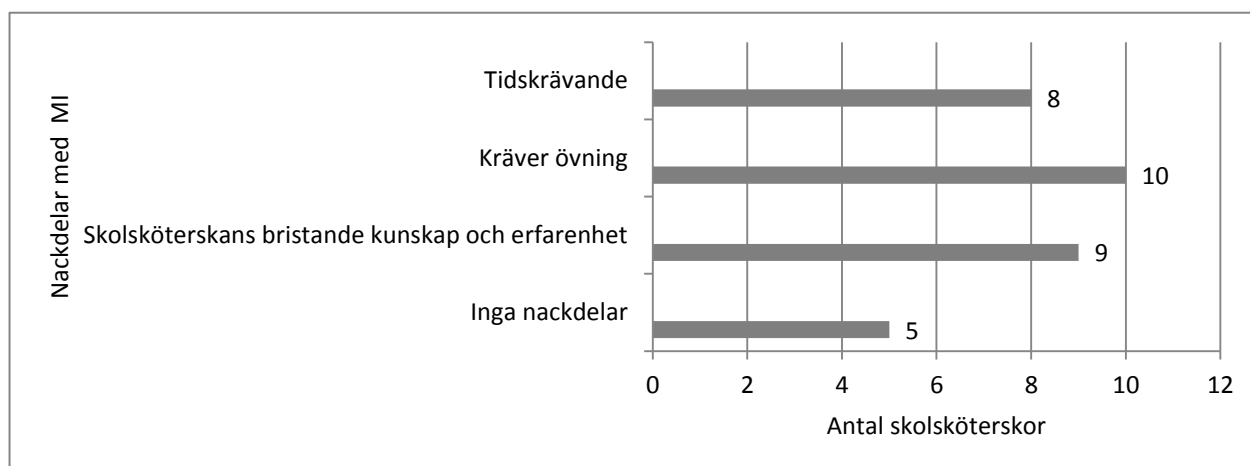
Som annan fördel uppgav skolsköterskor *reflektion och beslut*. Att det var eleven själv som reflekterade över sitt beslut om förändring, själva drog slutsatser om sina beteenden och förändringar, tog egna beslut och kom till insikt i vad som främjar hälsa. En skolsköterska skrev ” *Det ger ju eleven möjlighet till att reflektera över sitt eget ställningstagande vilket förstås är positivt när man vill åstadkomma en förändring i t.ex. beteende (rökning, övervikt osv)*” (Respondent, 210).

Dessutom innebar skolsköterskans roll och förhållningssätt en fördel. *Ett respektfullt förhållningssätt*, en skolsköterska svarade ” *Jag skall hjälpa och uppmuntra till insikt och handling*” (Respondent, 110). Vidare sa respondenterna att det var en fördel att det inte var en rådgivande metod, utan bidrog till att eleverna själva öppnade sig och pratade, skolsköterskan bekräftade det hon hört och hjälpte eleven att hitta svaren. En skolsköterska skrev ” *Att inte*

rådgiva, eleven kommer till tals. Elever med behov av stöd är ofta "sönderpratade och fulla med råd", som de inte följer för det är vuxna som bestämt. Att lyssna är den bästa hjälpen du kan ge en elev med svårigheter" (Respondent, 112). En annan skolsköterska menade: "*Om man får eleven att själv se problem och lösningar så är chansen att lyckas större"* (Respondent, 215).

5.5.2 Nackdelar med MI

Svaren i de öppna frågorna om nackdelar med MI sammanställdes och kategoriserades enligt följande; *Tidskrävande, Kräver övning, Skolsköterskans bristande kunskap och erfarenhet* samt *Inga nackdelar*, se Figur 8.



Figur 8 Nackdelar med MI enligt skolsköterskor (n=28).

Fem skolsköterskor beskrev att det *inte fanns några nackdelar* med metoden.

Flera respondenter skrev flera nackdelar varför summan blev högre än 28. Flera skolsköterskor ansåg att metoden var *tidskrävande* och att de saknade tiden och därför avstod från att använda sig av MI. Flera skolsköterskor skrev "*tidskrävande*", "*tar mycket tid*" samt "*behöver mycket tid avsatt*" (Respondent, 110,118,123,202,214).

Andra nackdelar med MI var att skolsköterskorna upplevde att det var en svår metod som krävde mycket *övning* och träning. Vidare beskrivs svårigheter som att ställa de rätta frågorna, att det var svårt då eleven inte ville prata, att metoden användes för sällan vilket gjorde att

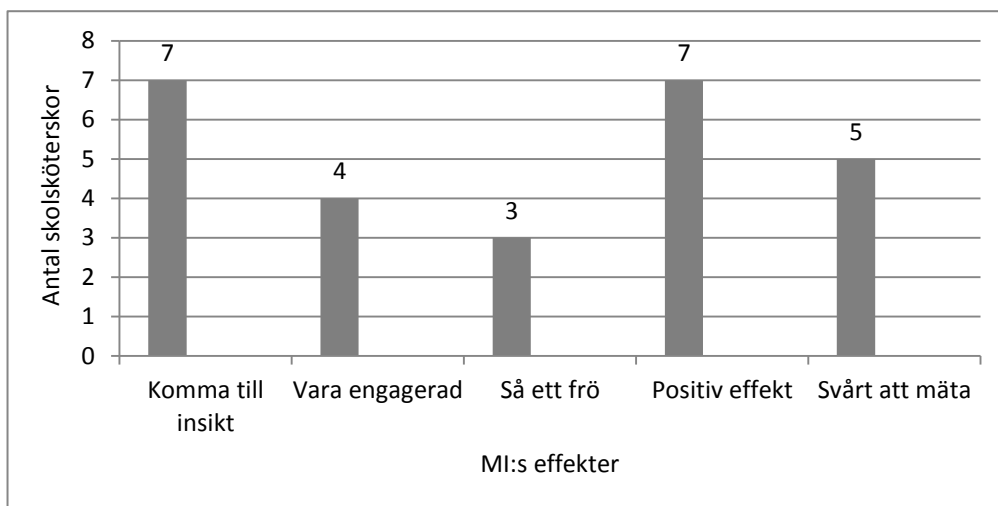
man kände sig obekvämt, vilket i sin tur ledde till misslyckade samtal. En skolsköterska skrev ”Svårt ibland och ställa de rätta frågorna, tar tid att lära sig” (Respondent, 207) medan en annan skrev ” Jag tycker att det är ganska svårt att använda metoden, särskilt då man inte haft så mycket träning” (Respondent, 201) en tredje skolsköterska skrev ”svårt om man har en elev som inte vill prata” (Respondent, 107).

Ytterligare nackdel som skolsköterskorna upplevde var att det var lätt att falla tillbaka i rollen som rådgivare och informatör på grund av *bristande kunskap och erfarenhet*. En skolsköterska påvisade att vissa elever ville ha handfasta råd. En skolsköterska skrev ”Jag har svårt att inte gå in i rollen som rådgivande. Ibland kan elever tycka att de inte får någon hjälp” (Respondent, 215). En annan skolsköterska skrev ”Det är lätt att slinka in i ”ge-råd-fällan” om tiden är knapp”(Respondent, 112). Flera ansåg att metoden inte passade alla elever.

5.5.3 Upplevelser av MI:s effekter

Samtliga skolsköterskor som svarat (n=38) ansåg att MI var en lämplig teknik för att hjälpa ungdomar att förbättra sin livsstil och hälsa. Vidare framgick att 26 av 38 skolsköterskor inte upplevde någon annan samtalsteknik lämpligare än MI.

Som upplevelse av MI:s effekter framkom följande kategorier; *Komma till insikt, Vara engagerad, Så ett frö, Positiv effekt* samt *Svårt att mäta*. Majoriteten av skolsköterskorna, 30 av 38, ansåg att MI hade effekt i förändringen av en osund livsstil/hälsa hos ungdomar. Hos 26 svaranden förekom egna exempel och beskrivningar av MI:s effekt på eleven, se Figur 9.



Figur 9. Förändringar hos eleven enligt skolsköterskor (n=26).

Med *insikt* beskrev skolsköterskorna att eleven måste ha självinsikt i sitt problem, acceptera det och själva önska en förändring av sin livssituation/beteende samt tänka ut hur förändringen skall gå till. En skolsköterska skrev ”att de kommer till en egen insikt om att de behöver förändra sin livsstil” (Respondent, 121).

För att nå en positiv förändring beskrev fyra skolsköterskor att eleven själv måste vara motiverad, *engagerad* och delaktig i förändringsarbetet. En skolsköterska skrev ”När eleven är motiverad och själv söker hjälp har jag upplevt motivationen till att förändra sin livsstil har ökat” (Respondent, 215) medan en annan respondent skrev ”Ger ett mer engagemang i samtalet, gör eleven mer delaktig i sina förändringar” (Respondent, 119).

Tre skolsköterskor ansåg att MI-metoden ledde till att man *sådde ett frö* hos ungdomarna. En skolsköterska skrev ”Jag vill tro att tekniken innebär att man sår ett frö som leder till förändring så småningom” (Respondent, 212).

Sju skolsköterskor ansåg att det gav en *positiv effekt* vid samtal kring; viktning, motion och kost. Dock upplevdes samtalen lite svårare med tobak och alkohol då det var så mycket annat som påverkade eleven. En skolsköterska skrev ”När det gäller motion och frukostvanor märker jag att eleverna försöker ändra sitt beteende till nästa gång vi ses. Det har hänt att

elever kommit fram till mig i korridoren och berättat att de slutat röka eller börjat äta frukost” (Respondent, 106).

Dock ansåg fem respondenter att det var *svårt att mäta* förändringen hos eleven eftersom metoden användes för sällan, eller svår att mäta effekt i gymnasiet samt oklart om metoden användes på rätt sätt.

5.6 Skolsköterskornas stöd från sin verksamhet

Frågan om stöd från verksamheten/ dina chefer har delats upp i två kategorier: tid/utrymme i verksamheten och stöd från chefer i verksamheten, se Tabell 1.

Tabell 4. Skolsköterskornas upplevelser av tid (n=37) och stöd (n=35).

	Ja	Nej	Saknas
Tid/Utrymme att använda MI	30	7	1
Stöd från verksamhet/chefer	10	25	3

Det var 37 respondenter som besvarade frågan om tid i verksamheten, medan 35 besvarade frågan om stöd i verksamheten. I frågan om tid/utrymme uppgav 30 att det fanns tid/utrymme i verksamheten att använda sig av MI, medan ett fåtal inte ansåg det. Då det handlade om stöd från chefer ansåg många skolsköterskor att de inte fick någon stöttning i sitt arbete med MI. Det var färre skolsköterskor i Södermanland jämfört med Västmanland som ansåg sig få stöd av sina chefer.

5.6.2 Skolsköterskornas reflektioner kring MI

Det var tjugo skolsköterskor som gav ytterligare tankar och reflektioner. Flera skolsköterskor önskade mer utbildning i MI, träning i att ställa de rätt frågorna och handledning så att det känns naturligt att använda sig av metoden. En skolsköterska skrev *”Tyvärr så har det här med motiverande samtal sjunkit undan i glömska, tittar fram ibland. Men när det blir så*

sällan så känns det inte bekvämt. Jag skulle behöva lite påfyllning och handledning för att kunna prova det fullt ut ibland” (Respondent, 118). Några skolsköterskor framhöll att de använde MI i sina samtal med eleverna, till en viss del, men inte helt renodlat. Andra vävde in det i hälsosamtal och i andra samtal. En skolsköterska menade att det var lätt att falla tillbaka i gamla fotspår. En annan skolsköterska påvisade att det var viktigt att skapa en god och trovärdig relation för att få en så bra relation som möjligt. Utan en god relation, ingen möjlighet att påverka i den riktning som kändes önskvärd.

6. Diskussion

Diskussionen är uppdelad i en metod- och en resultatdiskussion.

6.1 Metoddiskussion

Att genomföra en kartläggning, en kvantitativ totalundersökning i detta ämne, valdes för att få en bild av hur och i vilken omfattning skolsköterskor använder sig av MI inom skolhälsovården. Skolsköterskor i Västmanland och Södermanland valdes ut. För att få mailadresser till samtliga skolsköterskor togs kontakt med samordnande skolsköterskor för bägge länen. De informerade om vår studie på kick off dagar efter semestern. Två påminnelser skickades ut fyra respektive tio dagar efter att enkäten skickades ut första gången.

Polit & Beck (2008) menar att respondenterna läser frågorna i skriven form och svarar skriftligt på enkätfrågorna. I enlighet med Forsberg & Wengström (2003) anses den kvantitativa metoden vara lämplig då författarna samlar in kvantifierbara data, klassificerar, förutsäger och förklarar. Genom att konstruera en web-enkät nås en större population och på så sätt skapas ett material som är representativt för skolsköterskornas användning av MI i de utvalda länen (Olsson & Sörensen, 2007). Båda författarna har tillsammans utarbetat enkäten och arbetat med datainsamlingen och analysen. Fördelen med att ha varit två författare som konstruerat enkäten var att vi kunnat diskutera och ”bolla idéer” med varandra. Genom att använda en internetenkät försökte vi komma förbi problemet med låg svarsfrekvens vilket annars är en risk med postenkäter (Heikki Tikkanen, Abellson & Forsberg, 2011). En fördel med internetenkät är att datorn är ett arbetsredskap som används dagligen inom

skolhälsovården. Trots detta var svarsfrekvensen mycket låg, med ett bortfall på 67,5 % (n=79), vilket medför problem för generalisering av resultatet. Med svarsfrekvenser som ligger långt under 50 procent är det omöjligt att generalisera (Heikki Tikkanen m.fl, 2011). Eftersom svarsfrekvensen var låg kan vi inte dra några slutsatser om hur de oberoende variablerna påverkar användandet av MI. Den låga svarsfrekvensen förvånade oss då skolsköterskor i regel är kända för att vara plikttrogna och ansvarsfulla som grupp. Ett alternativ för att få en högre svarsfrekvens hade varit att skicka ut enkäten till ett slumpmässigt urval av skolsköterskor i Sverige. Ett annat alternativ för att få högre svarsfrekvens hade varit förlängd svarstid. Vi ansåg inte detta som möjligt på grund av tidsbrist. Flera påminnelser hade inte förbättrat svarsfrekvensen. Det är inte säkert att deltagandet hade varit högre och därmed skulle problem med generaliserbarheten kvarstå. Det är tidigare känt att enkätundersökningar har relativt lågt svarsfrekvens trots förmånligt deltagande (Heikki Tikkanen m.fl, 2011). Vårt utskick till ett representativt urval av skolsköterskor hade ett alltför stort bortfall för att vi skall kunna se materialet som representativt. Det positiva var ändå att majoriteten av dem som svarat hade arbetat mer än tio år och hade en lång erfarenhet av skolsköterskans arbete.

Fallgropar med den valda metoden kan vara att människor är trötta på att svara på enkäter. De är upptagna och det kan bli alltför anonymt därför svarar färre jämfört med om man bokar ett personligt möte. Bortfallet kan också bero på att det var ”fel” tidpunkt på året att nå skolsköterskorna då de hade en mycket tidspressad arbetsituation i samband med terminsstarten. En skolsköterska skrev ” *Som reflektion till att ni tycks fått in lite få svar är jag säker på att vi alla har som ambition att hjälpa er med ert arbete genom att svara på era frågor. Det som ställer till det lite är nog att de flesta av oss har det som mest hektiskt på arbetet nu i starten på ett nytt läsår*” (Respondent, 211). Ett annat tänkbart tillvägagångsätt hade varit att få komma på deras kick off och att skolsköterskorna på plats fått fylla i enkäten. Ett fåtal enkäter gick aldrig fram då mailadresserna visade sig vara felaktiga och på grund av tidsbrist så valde författarna att inte undersöka detta, så det blev ett bortfall. Några skolsköterskor svarade via mail och tackade nej till att delta på grund av att de arbetade för lite, någon hade gått i pension eller arbetade på specialskolor.

De flesta frågorna i enkäten var slutna vilket underlättade bearbetningen av resultatet. Enligt Polit & Beck (2008) kan slutna frågor vara en fördel för respondenten i en tidspressad

situation. En nackdel med de slutna frågorna var att det missas svarsalternativ som visar vad de svarande tycker inom vissa frågor och för att undvika detta och få djup och bredd i förståelsen av hur skolsköterskan upplevde användandet och effekten av MI så lades fem öppna frågor till där svaren kategoriserades. Ett pilottest utfördes innan enkäten skickades ut. I pilotstudien framkom att vissa frågor var svåra att besvara då frågorna var för öppna. Författarna omarbetade då enkäten och frågorna fick mer slutna svarsalternativ därefter ansågs enkäten enkel och lättförståelig. Trots pilotstudien var en nackdel att det saknades svarsalternativ på fråga 20, *upplevde du någon annan samtalsteknik effektivare än MI?* Då flera svarande skrivit kommentarer om att de velat svara vet ej, författarna har i efterhand lagt till vet ej som svarsalternativ i redovisningen.

Reliabilitet handlar om pålitlighet, hur noggrant mätinstrumentet mäter det vi vill mäta, vilket i denna studie är enkäten som konstruerades utifrån tidigare forskning om MI. Polit & Beck (2008) påpekar att ju mindre variation mätinstrumentet har desto högre blir reliabiliteten. För att öka reliabiliteten och validiteten på studien utfördes en pilottest. Validiteten avser att vi mäter det som är relevant för vår studie, i detta fall vilka frågor vi ställt i enkäten. Polit & Beck (2008) hävdar att det är graden av hur enkäten mäter det som den är menat att mäta. Det fanns ingen färdig enkät inom ämnet att använda. Då det är svårt att mäta upplevelser valde vi att utforma slutna frågor. För att få ytterligare ökad trovärdighet skulle vi kunnat testa den i fler pilotstudier eller diskuterat med en expert inom MI-området för att bedöma innehållet i enkäten. Vi anser dock att den externa validiteten är hög då svaren överrensstämmer med tidigare forskning om MI, som lutar åt samma riktning vilket ökar trovärdigheten på våra svar.

Författarna följde alla steg i analysförfarandet och behöll skolsköterskornas skrivna ord och la inte till eller ändrade något. Detta genom att svaren kodades med siffror som lades in i Statistikprogrammet SPSS. Vi analyserade fråga för fråga och därefter skapade författarna figurer och tabeller i Microsoft Word för att redovisa resultatet på ett tydligt sätt. Vi kategoriserade respondenternas svar och delade in dem i olika huvudgrupper. Resultatet har styrkts genom olika citat från respondenterna. Tillstånd från skolledningen att genomföra denna kartläggning bland skolsköterskorna behövdes inte på grund av att de själva kunde ta beslut om de ville delta i studien. Författarna tog hänsyn till Vetenskapsrådets (2002) etiska aspekter under hela studiens gång.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen är uppdelad i tre delar; skolsköterskornas kännedom, utbildning och användande av MI och Skolsköterskornas positiva och negativa upplevelser av att använda MI samt avslutas med Framtida forskning.

6.2.1 Skolsköterskornas kännedom, utbildning och användande av MI

Syftet med denna studie var att kartlägga skolsköterskors användning av MI-metoden i Västmanlands- och Södermanlands län. Skolsköterskans uppdrag är att främja och förebygga ohälsa samt att förändra en ogynnsam livsstil hos elever (Hamilton m.fl, 2004).

Skolsköterskan är en vuxen förebild för många ungdomar och kan få eleven till förändringsprat. Hon hjälper dem att förebygga och hantera svårigheter som i vissa fall kan bli ett hinder som behöver övervinnas vid samtal om förändringar av beteenden och vanor (Johansson & Ehnfors, 2006). Det som framkom i resultatet var att samtliga skolsköterskor kände till MI som samtalsform. I likhet med detta hävdade skolsköterskor i Hamilton m.fl. (2004) att det också var bekanta med MI som rådgivningsteknik. Skolsköterskorna kände i viss mån till andra samtalsmetoder också. Hillman (2007) framhäver att i Sverige används metoder som bygger på ”Stages of Change” när det gäller stöd för att förändra levnadsvanor. Ingen av respondenterna nämnde ”Stages of Change” i sitt förändringsarbete. MI-samtal kan användas i kombination med andra metoder och blir då mer effektiv.

Endast KBT är en annan samtalsmetod som är jämförbar med MI. Övriga är inte metoder utan mer en ”mötestyp”, ett förhållningssätt vid möten med elever. Även i möten som till exempel hälsosamtal, som vi ser som en ”screening”, kan man använda sig av MI-metoden. Även Pirskanen m.fl. (2006) menar att hälsosamtalet är ett möte/forum där skolsköterskan kan diskutera elevers levnadsvanor och livsstil samt ge råd kring riskbeteenden. Holm Ivarsson & Pantzar (2007) hävdar att MI kan integreras och användas inom skolhälsovården vid hälsoundersökningar och hälsosamtal. Frågan är hur mycket skolsköterskor egentligen känner till om MI som metod och om man vet vad som är metod respektive förhållningssätt? Då skolsköterskorna i studien beskriver mötestyper/förhållningssätt istället för metoder på frågan. Samtalsform som Visam har författarna inte någon kännedom om eller kunnat hitta vid efterforskning.

Det framkommer i resultatet att en stor del av skolsköterskorna har utbildning i MI. Vanligaste utbildningslängden var en till tre dagar, då man främst varit på föreläsning, haft praktiska övningar och gruppdiskussioner. Ortiz (2010), Adria (2011) framhäver att MI är en lämplig och användbar metod när det gäller att förändra sin livsstil, då det erbjuder skolsköterskan verktyg att hantera problem med motivation som tidigare inte varit uppmärksammas. Då ungdomstiden innebär att man ställs inför svåra utmaningar, viktiga val, möjligheter samt att de utsätts för flera påfrestningar och risker då ungdomarna skapar sin egen identitet i övergången från barn till vuxen (Sandin, 2005).

Det framkom att skolsköterskorna använde sig av MI-metoden i samband med riskbeteenden kopplat till kost, motion och tobak. Ortiz (2010) påvisar just detta då ungdomars övervikt och psykiska ohälsa har ökat de senaste 20 åren. Lager m.fl. (2009) menar att den psykiska ohälsan ökat samt att mat och motionsvanor formas av estetiska kroppsideal främst hos flickor. Resultatet visar också att majoriteten av skolsköterskorna använder sig av MI ett par gånger i veckan i samband med olika riskbeteenden hos ungdomarna. De flesta av de som arbetade utifrån MI hade utbildning i det, men det fanns också ett fåtal som sa sig arbeta utifrån MI men saknade utbildning. Om svarsfrekvensen hade varit högre hade kanske ett annat resultat erhållits.

Det är lättare att fånga upp elever med kost, motion och tobaks riskbeteenden då ungdomar är mer villiga och själva önskar få en förändring till stånd inom dessa riskbeteenden. Detta då de vill gå ned i vikt, träna för att förändra sin kropp och sitt utseende. Skolsköterskorna får ofta ta på sig mer än deras arbete inkluderar, exempelvis rollen som kuratorer. Detta då många ungdomar mår dåligt och behöver samtalsstöd. Skolsköterskor är inte utbildade terapeuter utan det är viktigt att samarbeta med andra professioner. Alla problem är inte enkla utan det är viktigt att kunna lämna över till andra experter på andra områden. Skolsköterskor skall enbart ha stödjande samtal med eleverna.

I resultatet framgick att inom riskbeteende angående alkohol användes MI i mindre utsträckning trots att vetenskapen visar att ungdomar i denna ålder hade ett högt alkoholintag. I likhet med Lilja & Larsson (2003) tror vi att ungdomarna som har ett högt alkoholintag vet

om riskerna men tror inte att de själva kommer att drabbas av dem. Författarna anser att ungdomarna är i en sådan fas att de vill prova sig fram och testa nya saker och att det är svårt att fånga upp eleverna då de själva inte söker för det och är motiverade till att förändra detta.

Resultatet visade även att få skolsköterskor använde sig av MI-metoden i samband med sexuellt risktagande. Detta trots att forskning visar att ungdomar har en mer liberal attityd till sexualitet och att fler är sexuellt aktiva. Vidare framgår att flera ungdomar inte skyddar sig med kondom trots kännedom om att kondom ger skydd mot könssjukdomar och graviditet (Lager m.fl, 2009). I Häggström-Nordin (2005) framgår att elever på teoretiska program i högre utsträckning än elever på praktiska program skyddar sig. Detta tror vi har ett samband med det Häggström-Nordin (2005) menar vara förknippat med socioekonomisk status, detta då det kan ha med kunskap och prestationskrav hemifrån att göra. Författarna tycker att det borde läggas mera resurser på att stödja eleverna och få dem att tänka till och ändra attityd kring sexualiteten. Även i dessa sammanhang kan MI-metoden vara användbar.

Det var märkligt att skolsköterskorna inte hade mer utbildning och fick mer utbildning inom MI utifrån sitt uppdrag. Då det finns evidens för att det är en bra metod som fungerar väl i arbetet med ungdomar (Holm Ivarsson, 2009). Vad definierar skolsköterskorna som utbildning? Resultatet påvisar att ett fåtal respondenter endast läst en bok i ämnet. Andra har haft föreläsningar och övningar en dag. Detta ser vi inte som tillräckligt utan mer som en introduktion i ämnet. I resultatet framkom att vissa skolsköterskor svarat att de inte fått utbildning men att de på frågan om de använder sig av MI, ändå svarat ja. Hur ska man kunna praktisera metoden på rätt sätt om man saknar utbildning? Hur blir kvaliteten i metoden? Detta då det är en svår metod som kräver utbildning, tid och träning. De som har fått utbildning i MI, men inte använder sig av metoden kanske förstår hur mycket erfarenhet, tid och träning som krävs och väljer då att avstå från att använda sig av MI. Medan de som inte har någon utbildning, säger sig använda metoden. Kan det vara så att de inte har förstått vad MI innebär. Vissa skolsköterskor kanske tror att de använder sig av MI eller använder sig av vissa delar av metoden i sitt arbete. Författarna finner det intressant att resultatet visar att skolsköterskor som varit verksamma länge, använder sig av MI i större utsträckning än de som arbetat kortare tid. Med tanke på att MI är en relativ ny metod som introduceras i vidareutbildningarna numer, trodde författarna att svaret skulle bli tvärt om.

Kravet för att få arbeta som skolsköterska är att ha en påbyggnadsutbildning (Morberg, 2008). Tegnell & Hellgren (2010) betonar att det är viktigt att skolsköterskan har en adekvat utbildning för att förstå ungdomars hälsoproblem ur ett utvecklingsperspektiv. Det framkommer inte i skollagen att skolsköterskor ska ha utbildning inom MI, ändå säger deras uppdrag att de ska bevara och förbättra ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt verka för sunda levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2004). I likhet med Kelly & Lapworth (2006) anser vi att det är viktigt att skolsköterskan agerar än att hon inte gör något alls. Skolsköterskor kan arbeta hälsofrämjande även om de inte använder sig av MI-metoden.

6.2.2. Skolsköterskornas positiva och negativa upplevelser av att använda MI

Det framkom i resultatet att drygt hälften av skolsköterskorna kände sig bekväma med att använda MI som metod. Vidare påvisade skolsköterskor i studien att de fördelar de såg med MI var att det var en bra samtalsmetod som var strukturerad. Relationen och samarbetet mellan elev och skolsköterska ansågs som en viktig komponent för ett väl fungerande förändringsarbete. Detta i likhet med Adria (2011) som menar att MI är en användbar och framgångsrik metod i arbetet med elever. I resultatet framkom också att skolsköterskors respektfulla förhållningssätt ledde till i vilken grad eleverna öppnade och anförtrodde sig till skolsköterskorna. Detta belyses också i tidigare studier då skolsköterskors sätt att lyssna och visa att de bryr sig om eleven skapar ett förtroende och får eleven att prata om det som är mer privat och intimt (Johansson & Ehnfors, 2006; Golsäter, 2010; Holm Ivarsson, 2009).

I resultatet framgår att den största fördelen med MI-metoden var att eleverna själva fick ta ansvar genom att reflektera, tänka till/komma till insikt, hitta lösningar och förslag samt att fatta beslut om livsstilsförändringar. Flattum m.fl. (2010); Holm Ivarsson & Pantzar (2007); Holm Ivarsson (2009) påvisade detta då det är en elevcentrerad samtalsmetod där elevens syn på sin situation och livsstil är i fokus. Vidare ansåg skolsköterskorna i studien att eleverna var mer motiverade, engagerade och delaktiga då de själva fick ta mer ansvar för sin livssituation. I likhet med resultat i denna studie ansåg Holm Ivarsson & Pantzar (2007) och Holm Ivarsson (2009) att MI-samtalet skall öka elevens egen inre motivation till beteendeförändring. Även om man inte lyckas åstadkomma förändringar direkt ansåg några skolsköterskor att de ändå lyckats ”*så ett frö*” hos ungdomarna vilket kanske väckte tankar och leder till en förändring så

småningom. Studiens resultat pekar på att skolsköterskor upplever att MI-metoden ger en positiv effekt, samt att det är en lämplig teknik för att hjälpa ungdomar att förbättra sin livsstil och hälsa. Skolsköterskornas preventionsarbete är viktigt för att tidigt upptäcka riskbeteenden och ohälsa och kunna erbjuda ungdomarna hjälp och ge dem verktyg för att lyckas åstadkomma en förändring.

Skolsköterskornas upplevelse av tid och utrymme att använda MI visade på delade meningar. De flesta skolsköterskor ansåg sig ha tid och utrymme att använda MI i verksamheten, samtidigt som det i kategoriseringen av nackdelar med MI som metod framkom att ett flertal tyckte att metoden var tidskrävande, att de saknade tid och att man då hellre avstod från att använda sig av metoden. Dessa två motsäger sig varandra. Författarna tror att på grund av tidsbrist och en pressad arbetssituation kan man missa att fånga upp elever som hade behövt hjälp och stöd i sitt förändringsarbete. Adria (2011) menade att i skolor där skolsköterskan ansvarade för många elever fanns inte tiden att integrera eleverna på ett meningsfullt sätt, för att utveckla den relation som behövdes för att upptäcka problem och riskbeteenden. I denna studie är det inte granskat hur det ser ut med elevantalet hos respektive respondents skola och vi kan på så sätt inte göra den kopplingen. Det framgick i Adrias studie (2011) att skolsköterskan avsatte mer än tjugo minuter för ett hälsosamtal, vi har inte frågat efter tidsåtgång för MI-samtalen och kan därför inte uttala oss om detta.

Färre skolsköterskor i Södermanland jämfört med Västmanland ansåg sig få stöd av sina chefer. Det är svårt att dra en slutsats av detta då det var ett stort bortfall. Pirskanen m.fl. (2006) & Arnesdotter m.fl. (2008) menade att högstadiet - och gymnasieskolan är en lämplig arena för förebyggande insatser kring ungdomars riskbeteenden. Enligt Socialstyrelsen (2004) ses samarbetet mellan skolhälsovården och övrig skolpersonal som viktigt. Trots detta upplevde skolsköterskorna inte att de fick tillräckligt stöd från verksamheten och sin chef. Det är viktigt att skolledningen stödjer skolsköterskor med tid, resurser och stöd .

En annan nackdel som framkom i resultatet var att skolsköterskorna ansåg att det var en svår metod som kräver mycket övning och träning. Författarna tror att tidsbrist kan göra att man inte får den rutin man behöver för att leda ett motiverande samtal, och på så sätt inte kan ställa de rätta frågorna. Detta kan innebära att skolsköterskor känner sig obekväma vilket kan

resulterar i att elever inte blir hjälpta. En brist på utbildning, tid och träning kan skapa denna osäkerhet i att använda sig av MI, och då är det lätt att hamna i rollen som rådgivare och informatör istället. Det är olyckligt om skolsköterskor avstår från att använda sig av MI på grund av tidsbrist och bristande kunskap. Skolsköterskor skulle behöva kontinuerlig träning och handledning så att det kan kännas naturligt att använda sig av MI-metoden i preventionsarbetet med ungdomar.

6.2.3 Framtida forskning

För att få mer djup och förståelse för vad skolsköterskorna anser begreppen utbildning och MI-metod står för skulle en kvalitativ intervjustudie kunna ge mer. Med tanke på hur samhället ser ut idag och hur många ungdomar mår så ställs det höga krav på skolsköterskor på att fånga upp och vägleda ungdomar till att må bättre. Det behövs därför mer forskning och kompetensökning inom detta ämne i skolhälsovården.

7. Slutsats

På grund av den låga svarsfrekvensen kan vi inte generalisera resultatet till skolsköterskor i Västmanland och Södermanlands län, utan det representerar en grupp av dessa skolsköterskor. Denna grupp skolsköterskor ansåg att MI-metoden var en bra metod att använda i skolans värld. Metoden gav skolsköterskan och ungdomarna ett verktyg att använda sig av i förändringsarbetet kring riskbeteenden. Nästan alla skolsköterskor använde sig av metoden på något sätt, men menade att det saknades både tid, träning och utbildning. Många skolsköterskor ansåg att eleverna blev mer motiverade och delaktiga i beslut som rörde dem själva och deras hälsobeteende. Om skolsköterskor skall fortsätta arbeta hälsofrämjande borde skolledning satsa mer på utbildning, fortbildning, resurser och tid avseende MI-metoden.

Referenslista

- Adria, C. (2011). Connecting With Frequent Adolescent to the School Nurse Through the Use of Intentional Interviewing. *The Journal of School Nursing*. 27(4), 258-268.
- Arnesdotter, Å., Olander, Å., & Ragneskog, H. (2008). Hälsosamtalet – en utmaning för skolsköterskan. *Vård i Norden*. 88(28), 57-59.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI, Att hjälpa en människa till förändring på hennes villkor*. Danmark: Narayana press.
- Brännström, L. (2011). *Hälsofrämjande och förebyggande metoder, -kartläggning*. Tillgänglig 2011-03-22 på: www.fhi.se.
- Clausson, E. (2008). *School Health Nursing. Preceiving, recording and improving schoolchildren's health*. Intellecta DocuSys AB. Göteborg. Doctoral Thesis at the Nordic School of Public Health, Avhandling, ISBN 978-91-85721-35-1.
- Edgardh, K. (2001). *Adolescent sexuality and sexual abuse A Swedish perspective*. Karolinska institutet, Stockholm, Avhandling, ISBN 91-628-4764-3
- Edgardh, K. (2002). Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. *Acta Paediatrica*, 91, 985-991.
- Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, L., Johansson, J., & Bremberg, S. (2008). *Alkoholprevention i gymnasieskolan – en litteraturöversikt*. Statens folkhälsoinstitut, Östersund: 1-9. Tillgänglig 2011-09-06 på <http://www.fhi.se>
- FN:s barnkonvention. (2011). *FN:s Barnkonvention*. Tillgänglig 2011-03-22 på: www.unicef.se
- Flattum, C, Friend, S, Neumark-Sztainer, D & Story, M. (2010). Perspectives in Practice Motivational interviewing as a component of a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *J Am Diet Assoc*. 109(1), 91–94.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Bokförlaget Stockholm: Natur och Kultur.

- Golsäter, M., Sidenvall, B., Lingfors, H., Enskär, K. (2010). Pupils' perspectives on preventive health dialogues. *British Journal of School Nursing*. 5 (1), 26-33.
- Greitz, B. & Svensson, J. (2005). *Ungdomars levnadsvillkor, vanor och hälsa över tiden, - Rapport från Centrum för folkhälsa*. Tillgänglig 2011-09-01 på:
<http://www.folkhalsoguiden.se/>
- Hagquist, C. (2000). *Alkohol och narkotika- vanor och attityder. En undersökning bland gymnasieungdomar i Karlstad*. Karlstads universitet Institutionen för samhällsvetenskap centrum för folkhälsoforskning. Karlstad, Arbetsrapport Nr 1.
- Hamilton, G, O'Connell, M & Cross, D. (2004). Adolescent Smoking Cessation: Development of a School Nurse Intervention. *The Journal of School Nursing*. 2 (3), 168-174.
- Heikki Tikkanen, R., Abellsson, J. & Forsberg, M. (2011). *UngKAB09, kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga*. Göteborg: Intellecta Infolog.
- Hillman, O. (2007). *Skolhälsovård, -introduktion och praktisk vägledning*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Holm Ivarsson, B. (2009). *MI motiverande samtal, -praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Holm Ivarsson, B & Pantzar, M. (2007). *Introduktion till Motiverande samtal, -en handledning för skolhälsovården*. Stockholm: Tabergs Tryckeri AB. (FHI)
Tillgänglig 2011-09-13 på <http://www.fhi.se>
- Hvitfeldt, T. & Gripe, I. (2010). *Skolelevs drogvanor 2010*. CAN rapport 124. Tillgänglig 2011-09-22 på www.can.se
- Häggström-Nordin, E. (2005). *Worlds apart?: Sexual Behaviour, Contraceptive Use, and Pornography Consumption Among Young Women and Men*. Uppsala University. Uppsala. Department of Women's and Children's Health, Avhandling, ISBN 91-554-6144-1.
- Händel, U., Simonsson, B., & Lehrberg, M. (2011). *Länsrapport 2010, -Ur Liv och Hälsa*

Ung årskurs 7 och 9, Hur mår de västmanländska ungdomarna, -livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Västmanland: Kompetenscenter för hälsa.

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johansson, A., Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26(4),10-13.

Kelly, A & Lapworth, K. (2006). The HYP program—Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive Medicine*. 43, 466–471.

Kimber, B. (2009). *Att främja barns och ungdomars utveckling av social och emotionell kompetens*. Kristianstad: Kristianstads Boktryckeri AB.

Krantz, M. (1998). *Skolsköterskans arbete för skolbarns hälsa*. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg, 8, 1104-5701.

Lager, A., Berlin, M., Danielsson, M., & Heimerson, I. (2009). Ungdomars hälsa. I: Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. (s.69-107). Västerås: Edita Västra Aros.

Lawendowski, L. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive Medicine*. 37, 39-46.

Lewin, B. (red). (1999). *Sex i Sverige -om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Lilja, J. & Larsson, S. (2003). *Ungdomsliv, identitet, alkohol och droger – en multidimensionellt och preventivt inriktad kunskapsöversikt med hermeneutis socialpsykologisk fokus*. Statens folkhälsoinstitut (Fhi), (2003:10). Tillgänglig 2011 på <http://www.fhi.se>.

Lind, L. (2001). *Handbok i medicinsk och biologisk forskning*. Stockholm: Liber.

Livsmedelsverket. (2003). *Svenska näringsrekommendationer översatta till livsmedel (SNÖ)*. Rapport 1. Uppsala: Livsmedelsverket.

Morberg, S. (2008). *Ensam i sin profession i skolans värld –skolsköterskans upplevelser av*

förutsättningar att utöva och utveckla yrket. Stockholm: KI Universitetservice US-AB.

Olander, E. (2009). Vård- och omvårdnadsvetenskap: hälsoarbete med individen i focus. I

Andersson, I., & Ejlertsson, G. (red). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämne.* (1:a uppl). (s.87-112). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forsknings-processen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv.* Stockholm: Liber.

Ortiz, L. (2010). *Motiverande samtal med ungdomar – Stöd vid rådgivning om levnadsvanor.* Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Tillgänglig 2011-09-06 på www.folkhalsoguiden.se

Pirskanen, M., Pietilä, A-M., Halonen, P. & Laukkanen, E. (2006). School health nurses substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Nordic college of Caring Science.* 20(4), 439-447.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and Methods.* (7th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för skolsköterskor och svensk sjuksköterskeförening. (2011).

Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom skolhälsovård. Tillgänglig 2011-09-08 på <http://www.swenurse.se/>

Rollnick S, & Miller W. (2009). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring.* (2:a Utgåvan). Stockholm: Natur & kultur.

Sandin, B. (2005). Ungdomens historia I: Jonsson (red.): *Varken barn eller vuxen- ungdomsmedicin i praktiken. Läkardagar i Örebro 2005.* (s.7-15). Stockholm: Gothia AB.

Skolverket. (2011). *Elevhälsan i skollagen.* Tillgänglig 2011-10-19 på www.skolverket.se

Smittskyddsinstitutet. (2011). *Sjukdomsinformation om klamydiainfektion.* SMI, smittskyddsinstitutet. Tillgänglig 2011-09-22 på <http://www.smittskyddsinstitutet.se>

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården.* ISBN 91-7201-88-X, Artikel nr 2004-130-2 Tillgänglig 2011-09-06 på <http://www.socialstyrelsen.se/>

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor*. Statens folkhälsoinstitut.

Tegnell, A. & Hellgren, L. (2010). *Att mäta kvalitet i skolhälsovårdens/ elevhälsans arbete med psykisk ohälsa*. Socialstyrelsen. Artikelnr 2010-12-2
Tillgänglig 2011-09-06 på <http://www.socialstyrelsen.se>

Vetenskapsrådet (2002). *Etik*. Vetenskapsrådet. Tillgänglig 2011-10-18 på <http://www.vr.se/>

Werch, C. & Carlson, J. (1996). Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *Journal of School Health*. 66(9), 335-338.

WHO. (2008). 10 facts on adolescent health. Tillgänglig 2011-09-22 på www.who.int/en/

Bilaga 1

Till dig som arbetar som skolsköterska

Hej!

Vi är två distriktssköterskestudenter vid Akademin för Hälsa, Vård och Välfärd, Mälardalen Högskola i Västerås som heter Sevim Bahar och Veronica Piispanen. På distriktssköterskeutbildningen skall vi skriva en magisteruppsats inom vårdvetenskap. Vårt examensarbete kommer handla om en undersökning av skolsköterskors användande av motiverande samtal inom skolhälsovården. Vi vill undersöka om skolsköterskor använder sig av någon form av motiverande samtal, i vilken utsträckning det används samt om det finns utrymme för detta arbetsverktyg inom skolhälsovården. För att få någon riktig grund för hur det ser ut behöver vi din hjälp.

Du erbjuds att delta i denna undersökning som kommer göras som en webbenkät, i form av detta pdf-dokument, där du svarar genom att sätta ett kryss i den ruta eller de rutor som motsvarar ditt svar i webbenkäten. På raden för "din beskrivning" kan du skriva alternativ som inte finns som svarsalternativ. Arbetar du på flera skolor behöver endast en enkät fyllas i. **Vänligen spara och skicka in det ifyllda dokumentet via epost snarast (se instruktion nedan), dock senast 18/9.** Den färdigställda undersökningen kommer finnas att ta del av i november 2011.

Deltagandet är frivilligt och svaren kommer att behandlas konfidentiellt, endast vi som författare kommer att känna till ditt namn, du kan när som helst avbryta din medverkan.

Tack för din medverkan!

Instruktion:

1. Fyll i webbenkäten.
2. Spara genom att klicka på "Arkiv-Spara Som..." på menyn längst upp till vänster.
3. Välj var du vill spara dokumentet (t.ex. skrivbordet/desktop) och klicka på Spara.
4. Bifoga det ifyllda/sparade dokumentet via mail till xxxxx@student.mdh.se

Vid frågor kontakta:

Veronica Piispanen , 070-XXXXXXX, xxxxx@student.mdh.se

Sevim Bahar, 070-XXXXXXX, xxxxx@student.mdh.se

Handledare: Elisabet Häggström-Nordin, lektor, xxx.xxx@mdh.se

Samtycke till deltagande i studien sker vid insändande av webbenkät.

1. Hur länge har du arbetat som skolsköterska?
 - < 1 år
 - 1 - 5 år
 - 6 - 10 år
 - > 10 år

2. Var arbetar du?
 - Högstadieskola
 - Gymnasieskola

3. Vilka län arbetar du i?
 - Sörmland
 - Västmanland

4. Känner du till motiverande samtal?
 - Ja
 - Nej
 - Vet inte

5. Vilka samtalsformer känner du till?
 - Öppenfråga

6. Arbetar du utifrån någon form av motiverande samtal?
 - Ja
 - Nej

7. Har du fått någon utbildning i motiverande samtal som teknik? (Om nej, hoppa till fråga 10)
 - Ja
 - Nej

8. Hur lång var denna utbildning?
 - 1 dag
 - 3 dagar
 - 1 vecka
 - 7,5 högskolepoäng

9. Vilken pedagogik / metodik användes i din utbildning i motiverande samtal?
 - Föreläsning
 - Information
 - Praktiska övningar

Gruppdiskussion

Annat, ge exempel

10. Känner du dig bekväm med att använda motiverande samtal som teknik i skolsköterskans preventionsarbete?

Ja

Nej

11. Vilka fördelar ser du med motiverande samtal som teknik?

Berätta / beskriv:

Öppenfråga

12. Vilka nackdelar ser du med motiverande samtal som teknik?

Berätta / beskriv:

Öppenfråga

13. Upplever du att det finns tid / utrymme i verksamheten att använda sig av motiverande samtal?

Ja

Nej

14. Får du någon form av stöttning från verksamheten / dina chefer?

Ja

Nej

15. Använder du dig av motiverande samtal i samband med olika riskbeteenden?

Ja

Nej

16. Vid vilka riskbeteenden använder du dig av motiverande samtal?

Droger

Tobak

Alkohol

Sexuellt risktagande

Motion

Kost

Viktnedgång

Psykisk ohälsa

Annat, ge exempel

17. Hur ofta använder du dig av motiverande samtal som teknik?

Varje dag

1 - 3 ggr/vecka

1 - 2 ggr/mån

Några ggr per år

Aldrig

18. Upplever du att motiverande samtal har någon effekt i förändringen av en osund livsstil /hälsa hos ungdomar?

Ja

Nej

Ge exempel / din beskrivning:

19. Anser du motiverande samtal vara en lämplig teknik att använda för att hjälpa ungdomar att förbättra sin livsstil och hälsa?

Ja

Nej

20. Upplever du någon annan samtalsteknik effektivare än motiverande samtal?

Ja, vilken

Nej

21. Övriga reflektioner / tankar du vill dela med dig

Öppenfråga

Tack för din medverkan