



UMEÅ UNIVERSITET

# Gruppmotiverande samtal vid långvarig psykisk sjukdom

*Gruppdeltagare och samtalsledares  
upplevelser*

**Rebecka Alvarsson & Sandra Forsman**  
**Handledare: Pär Salander**

Magisteruppsats, 15 hp  
Institutionen för Socialt arbete  
VT 2020

## Sammanfattning

Denna studie är en utvärdering av ett motivationsprojekt, vid namn motivationsgruppen, inom psykiatrisk öppenvård i Västerbottens län. Motivationsgruppens mål var att öka livskvalitén för patienter med långvarig psykisk ohälsa med gruppmotiverande samtal.

**Syfte:** Syftet med föreliggande studie är att belysa gruppdeltagarnas och samtalsledarnas erfarenheter av motivationsgruppen som helhet samt MI som samtalsmetod, med tonvikt på förväntningar och utfall samt specifikt positiva och negativa upplevelser.

**Metod:** Tio intervjuer med två samtalsledare och tre gruppdeltagare har utförts vid två tillfällen, ett frågeformulär till gruppdeltagare har skickats ut samt information om gruppens sammansättning (kön, diagnos, sysselsättning etc.) har inhämtats. En innehållsanalys har utförts på det insamlade materialet.

**Resultat:** Visar att ingen livsstilsförändring har kunnat konstateras med hjälp av motivationsgruppen. Däremot har de intervjuade gruppdeltagarna redovisat en ökad socialisering och mindre isolering. Fikastunden har presenterats som den viktigaste aspekten med motivationsgruppen.

**Diskussion:** Det finns möjligheter till utveckling av motivationsgruppen. Gruppdeltagarnas samt motivationsgruppens syfte överensstämde inte med varandra, vilket har problematiserat förutsättningarna. De positiva effekterna som bruten isolering har redovisat är mer förenligt med peer-supportkonceptet än motiverande samtal. Mer utvärdering angående motivationsgruppen behövs för att synliggöra eventuella livsstilsförändringar sker med hjälp av gruppen.

**Nyckelord:** Motiverande samtal (MI), gruppsamtal, peer-support, livskvalité, psykiatrisk öppenvård, psykiatrisk sjukdom, kvalitativ studie, kvalitativa intervjuer.

## **Terminologi**

**Psykisk hälsa:** bygger på World Health Organizations (WHO, 2018) definition som omfattar mentalt välbefinnande. Individen kan förverkliga egna möjligheter och klarar av påfrestningar av vanlig karaktär samt kan vara produktivt och bidra till samhället. Det betyder inte att frånvaron av sjukdom bidrar till välbefinnande, utan hälsa är ett stadie av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Hälsa är individens upplevelse och påverkas av relationen mellan individen och det sociala sammanhang hen omges av.

**Psykisk sjukdom:** bygger på diagnoserna som finns i manualerna DSM-5 och ICD-10, exempelvis schizofreni, bipolär sjukdom, PTSD och ADHD.

**Psykiatrisk öppenvård:** vid psykisk ohälsa ska individen i första hand kontakta sin vårdcentral för vård och stöd, ifall besvären kvarstår hänvisas patienten till den psykiatriska öppenvården. Remisskrav kan förekomma (1177, 2018).

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	1
1.1 Beskrivning av Motiverande samtal (MI) .....	1
<b>2. Forskningsbakgrund</b> .....	3
2.1 Livskvalité för individer med psykisk ohälsa.....	3
2.2 Utfallsstudier .....	4
2.3 Professionellas perspektiv .....	5
2.4 Gruppsamtal .....	5
2.4.1 Motiverande samtal .....	5
2.4.2 Peer-support.....	6
2.5 Kritik mot MI .....	6
2.6 Motivationsgruppen.....	7
2.7 Syfte.....	8
<b>3. Metod</b> .....	8
3.1 Procedur.....	8
3.2 Undersökningsgrupp .....	9
3.3 Databearbetning.....	10
3.4 Databearbetning.....	10
3.5 Etisk reflektion .....	11
<b>4. Resultat</b> .....	12
4.1 Gruppdeltagarnas förväntningar .....	12
4.2 Samtalsledarnas förväntningar .....	13
4.3 Gruppdeltagarnas utvärdering .....	14
4.3.1 Gruppdynamik.....	14
4.3.2 Framtidsperspektiv .....	16
4.4 Samtalsledarnas utvärdering.....	17
4.4.1 Motiverande samtal i grupp.....	17
4.4.2 Gruppdynamik.....	17
4.4.3. Framtidsperspektiv .....	18
<b>5. Diskussion</b> .....	19
5.1 Motivationsgruppens koncept .....	19
5.1.1 Motiverande samtal .....	19
5.1.2 Struktur.....	20
5.2 Den sociala dynamiken.....	22
5.3 Slutsatser .....	22
5.4 Reflektion om metod .....	23
<b>6. Referenslista</b> .....	25

<b>Bilaga 1: Informationsblad .....</b>	<b>28</b>
<b>Bilaga 2: Intervjuguide gruppdeltagare, träff 1 .....</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 3: Intervjuguide samtalsledare, träff 1 .....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 4: Intervjuguide gruppdeltagare, träff 2 .....</b>	<b>31</b>
<b>Bilaga 5: Intervjuguide samtalsledare, träff 2 .....</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga 6: Frågeformulär .....</b>	<b>33</b>

# 1. Inledning

År 1995 trädde psykiatrireformen i laga kraft, vilket innebar en satsning på psykiatrisk öppenvård för de patienter som inte var i direkt behov av sjukhusets slutenvårdsresurser. Därmed skulle en stor patientgrupp få mer rättigheter som ökad delaktighet i samhällslivet (Motion 1998/99:So349; prop. 1993/94:218). Dessa rättigheter finns på ett internationellt plan i Agenda 2030 (UNDP, 2020) med målet att främja den mentala hälsan och på ett nationellt plan i hälso- och sjukvårdslagen 3 kap 1 §. Där stadgas att befolkningen har rätt till vård på lika villkor. Socialstyrelsen redovisar (2013) att medellivslängden för den svenska befolkningen ökar, dock inte för människor med psykisk ohälsa. Målgruppen har sämre hälsa och allmänna levnadsförhållanden.

En psykiatrisk öppenvård inom Västerbottens län har olika gruppverksamheter med fokus på psykoedukation. På grund av ekonomiska orsaker lades en gruppterapi ned vilket skapade ett hål i verksamheten, vilket initierade en ny gruppverksamhet, benämnd motivationsgruppen. Målet med motivationsgruppen är att främja förändringsarbete för att därigenom höja patienternas livskvalité. Gruppen är baserad på peer-support anda där utbytet av erfarenheter och tankar mellan deltagarna är centralt. Motivationsgruppen använder motiverande samtal (MI) som samtalsmetod, vilket innebär undersökning och hantering av patienters ambivalens för att främja vilja till förändring (Rollnick & Miller, 1995). Gruppen startade i januari 2020 med sex deltagande, som träffades en gång per vecka för att diskutera olika ämnen relaterat till psykisk ohälsa.

## 1.1 Beskrivning av Motiverande samtal (MI)

*Motivational interviewing is a directive, client-centred counselling style for eliciting behaviour change by helping clients to explore and resolve ambivalence.*

Rollnick och Miller, 1995, s. 326

MI är en användbar metod vid mötet av klienter som är omotiverade till ett förändringsarbete. Exempelvis kan det handla om att bryta ohälsosamma vanor som rökning, överkonsumtion av alkohol eller passiv livsstil. Ofta finns insikt om ogynnsamma livsstilsval och flertal positiva aspekter till en förändring finns, men ingen förändring sker. Motiverade samtal kan då vara behjälpligt (Miller & Rollnick, 2013).

MI berör *hur* samtalsledaren bemöter motstånd och ambivalens för att sedan motivera till förändring. Vid förändringsarbete är det vanligt förekommande att fastna i ambivalens, vilket innebär att fördelar med en förändring finns men personen är oförmögna att göra det. MI består av två viktiga grundläggande delar, essensen av MI (spirit of MI) och samtalsverktygen. Dessa två komponenter skall ses tillsammans för att förstå innebörden av MI (Miller & Rollnick, 2013; Rollnick & Miller, 1995).

Essensen av MI kan summeras till sju grundpelare (Miller & Rollnick, 2013; Rollnick & Miller, 1995). Den första grundpelaren är att motivation kommer inifrån, genom mål och värderingarna som stimulerar till ett förändringsarbete. Den andra grundpelaren utgår från klientens uppgift att arbeta med sin ambivalens. Det medför att båda sidor av problemet presenteras och ger ett möjligt vägval som kan motivera till förändringsprocess. Den tredje grundpelaren handlar om att övertalning inte är ett samtalsverktyg inom MI, eftersom övertalning skapar motstånd samt ovilja till förändring. Förhållningsättet inom MI genomsyras av lugn, vilket är den fjärde grundpelaren. Ett aggressivt och argumenterande förhållningssätt leder inte till framgång, det tvingar till en oförberedd förändring. Den femte grundpelaren handlar om samråd, undersökning och utredning av problemet. Den största utmaningen är ambivalens eller brist på beslutsamhet. Den sjätte grundpelaren utgår från att ovilja till förändring inte är ett karaktärsdrag, utan en växlande process av interpersonella interaktioner. Motstånd och förnekelse är olika nivåer av motivation. När motstånd sker är det ett tecken på överskattning av motivationen till förändring. Den sjunde och sista grundpelaren utgår från partnerskap vilket bygger på respekt till autonomi och självbestämmande, samt de konsekvenser som detta kan medföra (Miller & Rollnick, 2013; Rollnick & Miller, 1995).

Det finns tre övergripande samtalsverktyg som har växt fram ur essensen av MI. Den första är att lyssna reflekterande, vilket innebär att lyssna in samt förstå tänkandet genom respektfulla öppna frågor, uppvisa nyfikenhet, återge innehåll för att bekräfta det. Den andra är acceptans mot klientens egna val samt uppkomsten av status quo för att respektera självbestämmandet. Det är vanligt förekommande att en ambivalent person uttrycker sig på två sätt samtidigt: utifrån förändringsprat samt status quo. Det förstnämnda innebär att fördelarna benämns med förändringen

medan det senare innebär motsatsen; argument varför förändringen inte bör ske eller kan genomföras. Ett exempel på sådant uttalande kan vara “jag vill förändra mitt psykiska mående (förändringsprat) men jag orkar inte anstränga mig (status quo).” För att komma vidare från det ambivalenta stadiet behövs ett val: fortsätta på samma spår eller påbörja en förändring. Den tredje samtalsverktyget innebär bekräftelse av klientens motivation och klienten ska få möjlighet att uttrycka problemet, sin oro och vilja till förändring som vidare bekräftas (Miller & Rollnick, 2013; Rollnick & Miller, 1995).

## **2. Forskningsbakgrund**

*Inom forskningsbakgrunden kommer livskvalité för individer med psykisk ohälsa att beröras, vidare kommer forskning inom MI att presenteras i form av utfallsstudier, professionellas perspektiv på MI, gruppsamtal med MI och peer-support i fokus, samt kritik mot MI som metod. Slutligen kommer projektet inom Västerbottens län, motivationsgruppen, att introduceras samt studiens syfte.*

### **2.1 Livskvalité för individer med psykisk ohälsa**

Enligt World Health Organizations (1995) definition av livskvalité omfattar det personens egen subjektiva uppfattning om sin situation i tillvaron utifrån den kulturella kontexten och värdesammanhang som hen befinner sig i, samt i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Livskvalité är ett brett koncept och beskriver de komplexa aspekter som individen påverkas av. Faktorer som påverkar individens nivå av livskvalité är självständighet, hälsa, psykologisk status, personlig tro, sociala nätverk och närmiljö.

Socialstyrelsen redovisar (2018) att befolkningen som inte röker, har måttlig konsumtion av alkohol, äter hälsosamt och är fysiskt aktiv lever i genomsnitt 14 år längre än befolkningen som har dessa ohälsosamma levnadsvanor. Sömn och aktivering är också viktiga komponenter för individer med psykisk sjukdom för att öka livskvalitén (Laliberte-Rudman et al., 2000; Rusner et al., 2010). För vuxna i särskild risk för ökad ohälsa inkluderas sjukdom som schizofreni eller depression, social sårbarhet som låg socioekonomisk ställning. Socialstyrelsen rekommenderar (2018) rådgivande samtal för att möjliggöra ett förändringsarbete.

Återhämtning som berör psykiska funktionsnedsättningar betonar vikten att omge sig av sociala relationer av stödjande karaktär. Vidare är det väldokumenterat, att



sociala relationer har en positiv inverkan på såväl fysiskt som psykiskt mående. För att förbättra livskvalitén är ett rikt socialt nätverk fördelaktigt (Schön, 2009). I en studie med fokus på psykisk sjukdom framkom det att ensamhet var ett stort problem och det bidrog till en försämrad livskvalité. Det ledde till isolering från andra med syfte att dölja sin psykiska sjukdom, vilket även påverkade relationer i deras omgivning (Borba et al., 2011).

## 2.2 Utfallsstudier

MI har visat sig fungera bra inom verksamheter som berör alkohol-, narkotika-, spelmissbruk, HIV-riskbruk, rökning, ätstörningar, kriminalitet, följsamhet till medverkan i övrig behandling samt livsstilsförändringar kopplat till kost och motion (Dunn et al., 2001; Hetteima et al., 2005; Wahab, 2005). MI är flexibel i praktiken och kan användas som en egen behandling, innan en behandling eller kombineras eller integreras med en annan behandling. När en behandling kombineras eller integreras med MI resulterar det i att effekten av behandlingen blir stabilare och mer långvarig (Arkowitz & Westra, 2009; Arkowitz et al., 2008).

Det har visat sig att MI fungerar bra inom psykiatrisk verksamhet med patienter som har psykiska sjukdomar, som depression, tvångssyndrom, schizofreni och andra psykossjukdomar (Gaeber et al., 2003; Lasu, 2012; Merlo et al., 2010; Moore et al., 2018; Rush & Corrigan, 2002). MI har även visat sig vara bra i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT). Moore et al. (2018) studerade två intensivbehandlingsprogram inom vårdcentraler med fokus på samsjuklighet. Resultatet visade att KBT i kombination med MI hade högre andel färdigbehandlade patienter. Tolkningen blev att MI gav en kognitiv boost för att fortsätta med behandlingsprogrammet samt höjde tron på den egna förmågan till beteendeförändring. Utifrån en studie av Lasu (2012) beskrevs ett behov att kombinera MI med en annan behandlingsform som syftar att behandla den psykiska ohälsan, som depression. En studie av Merlo et al. (2010) om barn med tvångssyndrom som gick ett treveckorsbehandlingsprojekt, visade att KBT i kombination med MI kräver färre sessioner. De blev tidigare motiverade att hantera sin problematik kopplat till sin diagnos. En metaanalys visade att MI kräver genomsnittligen 2 sessioner á 50 minuter mindre än andra behandlingar (Lundahl & Burke, 2009). Rush och Corrigan, (2002) menar att MI kan förbereda patienter

med schizofreni och psykossjukdomar att delta i sin egen vård samt sträva mot personliga mål.

### 2.3 Professionellas perspektiv

Nivån av den professionellas utbildning har inte stor påverkan av utövandet av MI, vilket stärker metodens mångsidighet och kräver inte omfattande utbildning (Lundahl & Burke, 2009).

Barnmorskor och distriktsläkare inom hälso- och sjukvården har uppgett att MI är en lättlärd samtalsmetod som hjälper att minimera arbetsrelaterad stress (Forsberg, 2006). Orsaken är att samtalsverktygen hjälper professionella att hantera icke-motiverade patienter, som gravida kvinnor med tobaksbruk samt patienter med beteenden som försämrar deras livskvalité.

### 2.4 Gruppsamtal

#### 2.4.1 Motiverande samtal

MI på gruppnivå kan vara kostnadseffektivt, om det blir samma gynnsamma utfall inom gruppsamtal som individuellt (Miller & Rollnick, 2013). MI i grupp är utmanande och ställer högre krav på samtalsledaren. Gruppdynamik, tidsutrymme och att lyfta fram varje individs förändringsprat är vissa svårigheter som samtalsledaren ställs inför. Gruppdynamiken kan påverka deltagarna negativt genom att förstärka deras status quo-prat. Gruppsamtalen kan få ett negativt utfall i form av att effekten blir detsamma som ingen behandling alls. Därav är det av stor vikt att samtalsledaren har omfattande kunskaper om MI inom individuella samtal innan samtalsledaren har goda förutsättningar för ett gott utfall i gruppsamtal med MI som förhållningssätt.

Det finns en tvådelad syn på MI på gruppnivå. Å ena sidan att MI genom gruppsamtal är mindre effektiv än MI på individnivå. Alliansen mellan professionell och patient blir mindre effektiv samt att det patientbaserade fokuset är svårt att uppnå på gruppnivå (Lundahl & Burke, 2009). Men det har också visat att MI i grupp är effektivt, att motivera patienter inom slutenvård till följsamhet i behandlingen och att förhindra missbruk. Patienterna som hade diagnoserna schizofreni, borderline, ångestsyndrom och bipolär deltog i gruppsamtal med MI som metod i en grupp på 4–5 patienter, vilket ansågs vara en bra storlek. Patienterna

var mer motiverade att medverka i sin eftervård efter färdigbehandling inom slutentvångsvård (Santa Ana et al., 2007).

#### 2.4.2 Peer-support

En peer-supportgrupp syftar till att individerna ska få möta andra i samma situation och dela erfarenheter och stötta varandra. Gruppdeltagarna kan förstå varandra på ett annat sätt eftersom de befinner sig i liknande situationer och kan dela sina erfarenheter av sin psykiska sjukdom (Schön, 2010). Peer-supportgrupp är ett kostnadseffektivt alternativ till professionell behandling samt har påvisat liknande effekter som KBT i grupp i form av minskat symtom av depression (Brown et al., 2008; Munn-Giddings & McVicar, 2006; Pfeiffer et al., 2011). Gruppklimatet inom peer-support skall vara vänligt och välkomnande och ge deltagarna möjlighet till trygghet och utveckling. Relationerna som skapas inom peer-support kan bidra till att återuppta sociala förmågor med ökad kontroll över sitt eget liv samt att lämna patientrollen inom gruppen (Schön, 2010).

Peer-supportgrupp med fokus på återhämtning från psykisk sjukdom har visats sig vara givande och betydelsefull för medlemmar (Corrigan et al., 2013; Schön, 2010). Deltagarna har uttryckt gruppidentitet, antalet sociala stödjande relationer och om deltagaren var nöjd med det sociala stödet från gruppen ökade livskvalitén och sänkte självstigmatiseringen. Dessa komponenter ledde till ökat deltagande, som resulterade till brytning av sin isolering. Vidare kan gruppdeltagaren uppleva sig bekväma inom gruppen, vilket gör att de kan vara personliga och skapa betydelsefulla relationer. Förutom fördelaktiga interpersonella relationer kan patientrollen lämnas och hen kan känna sig mer ”normal” inom gruppen samt sprids kompetens och erfarenheter. Ifall gruppdeltagaren saknar ett socialt nätverk utanför gruppen kommer individen inte vidare i sin återhämtning och ser sig som en “professionell brukare” eftersom individen aldrig kommer ifrån sin patientroll (Schön, 2010).

#### 2.5 Kritik mot MI

Utifrån professionella inom hälso- och sjukvård, upplevs MI-utbildningen för kort samt att kunskaperna inom MI försvinner om de inte underhålls (Forsberg, 2006). Psykologer som använt sig av MI för att behandla depression, uttryckte att det finns svårigheter med att applicera förhållningsättet på målgruppen. Det finns olika

nyanser inom depression vilket gör det mer utmanande att fånga upp klientens motivationsnivå, till exempel hur mycket energi som finns för att genomgå en förändring. Psykologerna upplever att det finns utmaningar med grundpelare inom MI som att ställa öppna frågor. Psykologen måste vara vaksam för att inte bekräfta depressionen för mycket samt att depressionen kan komplicera besvarandet av öppna frågor (Lasu, 2012). Det finns svårigheter att använda MI hos klienter med schizofreni och psykossjukdomar på grund av de olika kognitiva förutsättningarna (Rush & Corrigan, 2002). Det förekommer att de kan förneka sin sjukdom på grund av schizofrenin samt andra negativa symptom som apati och oengagemang, vilket kan skapa motivationsproblem. Detta kräver att MI måste modifieras för att anpassas till målgruppen och individen.

## 2.6 Motivationsgruppen

Föreliggande studie granskar en samtalsgrupp vid psykiatrisk öppenvård inom Västerbottens län, som benämns motivationsgruppen. Bakgrunden till motivationsgruppen var nedskärning av tidigare grupperapi inom psykiatrin, som skapade ett hål i verksamheten. Motivationsgruppen skapades med syfte att öka livskvalitén för patienter med långvarig psykisk ohälsa genom motiverande gruppsamtal. Målgruppen för motivationsgruppen är patienter aktiva inom psykiatriska vården, med långvarig psykisk ohälsa. Rekrytering av gruppdeltagare till motivationsgruppen utfördes genom patientens regelbundna och aktiva läkar-/samtalskontakten vid psykiatrin. Exkluderingskriterier var patienter med störande psykotiska symptom samt patienter i aktiv missbruksproblematik.

Motivationsgruppen är på frivilligbasis och åtta patienter anmälde sitt intresse med fler i kö. Planeringen var att motivationsgruppen skulle träffas två timmar per vecka under tio veckor. Tre samtalsledare skulle ansvara för motivationsgruppen med två samtalsledare närvarande vid varje träff, på ett rullande schema. Första halvtimmen var frivilligt drop-in fika för att sedan starta diskussioner utifrån dagens tema. Exempel på teman var viktiga värderingar för patienten samt affekter, känslor och deras funktion. Tanken är att deltagarna ska kunna utbyta erfarenheter för att hantera olika situationer. I motivationsgruppen togs gemensamt beslut om två grundläggande värderingar, tystnadsplikt råder och olikheter värderas eller rangordnas inte. Vid träff tio skulle motivationsgruppen vara i Träffpunktens

lokaler, vilket är en verksamhet för individer med psykisk ohälsa. Syftet med detta var att introducera gruppdeltagarna för ny miljö.

På grund av Covid-19 och den mänskliga faktorn förändrades gruppens förutsättningar. Tidigt blev det ett bortfall bland samtalsledarna. Motivationsgruppen pausades efter sju träffar vilket gjorde att sista träffen vid Träffpunkten blev inställd.

## 2.7 Syfte

Motivationsgruppen var ett nytt projekt inom berörd psykiatrisk öppenvård. I gruppen fanns en variation av psykiska sjukdomar hos deltagarna, därav har inte en liknande gruppamtalkonstellation utvärderats inom denna öppenvård tidigare. Det var av intresse att utvärdera motivationsgruppen för att belysa deltagare och samtalsledares upplevelser. På grund av omständigheter som påverkade möjligheterna att mäta gruppdeltagarnas eventuella livsstilsförändringar, vilket var motivationsgruppens syfte, har föreliggande studie istället fokuserat på upplevelser från gruppdeltagare och samtalsledare eftersom båda var medskapare till motivationsgruppens resultat. Samtalsledare och gruppdeltagarna hade egna positiva och negativa erfarenheter om helheten samt utförandet av MI, vilket kan bidra med information till utveckling av det nystartade projektet.

Syftet med föreliggande studie är att belysa gruppdeltagarnas och samtalsledarnas erfarenheter av motivationsgruppen som helhet samt MI som samtalsmetod, med tonvikt på förväntningar och utfall samt specifikt positiva och negativa upplevelser.

## 3. Metod

*Under metodkapitlet kommer först procedur att redovisa vidare undersökningsgruppen, datainsamlingsmetod, databearbetning och slutligen etisk reflektion.*

### 3.1 Procedur

Samtalsledare inom berörd psykiatrisk öppenvård kontaktade Umeå Universitet med syfte att utvärdera deras nystartade projekt motivationsgruppen. Genom samtalsledarna tillfrågades gruppdeltagarna om intresse för att delta i denna studie, de som visade intresse förmedlades kontaktuppgifter. Vid kontakt fick deltagarna ytterligare information om studien samt ett erbjudande om att medverka. Två

samtalsledare och tre gruppdeltagare valde att medverka i intervjuer vid två tillfällen, den ena under motivationsgruppens verksamhetsperiod samt den andra efter avslutad sjuveckorsperiod. Totalt utfördes tio intervjuer med fem informanter. När motivationsgruppen pausades på grund av Covid-19 skickades ett digitalt frågeformulär ut till samtalsledarna som distribuerade det vidare till alla sex gruppdeltagarna som deltagit vid minst ett tillfälle. Under en månadsperiod svarade tre utav sex gruppdeltagare på frågeformuläret.

### 3.2 Undersökningsgrupp

Könsfördelningen bland gruppdeltagarna var fyra kvinnor och två män, med en åldersfördelning mellan 34–49 år. Majoriteten var sjukskrivna eller hade sjukersättning varav en arbetade periodvis. Gruppdeltagarna har varit i regelbunden kontakt med psykiatrin mellan 2–20 år. Totalt deltog sex gruppdeltagare var av tre medverkade vid alla sju träffar, en medverkade vid tre träffar, två medverkade vid två träffar.

Gruppdeltagarna var en psykiatriskt tungt belastad grupp med olika former av psykosdiagnoser, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, svårigheter att hantera trauma/livskriser, utmattning och svåra ångest- och depressionstillstånd. Gruppdeltagarna har fått tagit del av många olika behandlingar av medicinsk karaktär samt olika former av psykoedukativa insatser både individbaserade och/eller gruppbaserade som psykiatrin har erbjudit. De har haft kontakt med både öppen- och slutenvården. Nuvarande insatser för gruppdeltagarna var samtalskontakter, medicinering och arbetsterapi.

Samtalsledarna som medverkade i studien hade en blandad professionell bakgrund samt könsfördelning. Ena samtalsledaren var utbildad socionom med KBT steg 1 utbildning. År 2006 medverkade samtalsledaren i introduktionskurs inom MI och år 2010 vidareutbildades hen inom gruppsamtal med MI som metod. Samtalsledaren har utbildats för att handleda och lära ut MI till andra samt medverkat i nationella och internationella workshops inom MI. Samtalsledaren har använt sig av ett MI-förhållningssätt i många år, inom individuella samtal samt lett olika gruppsamtal med olika målgrupper.

Den andra samtalsledaren var utbildad skötare med många års erfarenhet inom psykiatrin. Inom slutenvården arbetade hen cirka nio år för att sedan jobba inom

öppenvården i cirka 19 år. Samtalsledaren har jobbat med många olika grupper inom psykiatrin som bland annat individer med ätstörning. Samtalsledaren har gått kurser inom KBT steg ett och har erfarenheter av att utöva KBT i individuella samtal. För några år sedan gick samtalsledaren en introduktionskurs inom MI och har därefter deltagit i ett senare utbildningstillfälle.

### 3.3 Datainsamlingsmetod

Telefonintervjuer utfördes med informanterna vid två tillfällen per informant, ena under motivationsgruppens verksamhetsperiod och den andra efter avslutad sjuveckorsperiod. Av praktiska skäl genomfördes intervjuerna via telefon eftersom den opersonliga intervjukontakten gav informanterna möjlighet till att vara mer anonyma. Vidare kunde följdfrågor ställas för att konkretisera informanternas svar. Båda författarna var närvarande vid varje intervju, den ena intervjuade medan den andre antecknade. I slutet av intervjun erbjöds uppläsning av anteckningar för att kontrollera att informationen var korrekt. Intervjutillfällena var präglade av semi-strukturerad karaktär vilket innebar att intervjuguiden fanns som stöd men kunde avvika från för att ställa relevanta följdfrågor. I intervjuguiden fanns olika teman som var relevanta för både gruppdeltagarna och samtalsledare, som bakgrundinformation, psykiatrin i den berörda kommunen samt motivationsgruppen. Fyra intervjuguider upprättades, två som inriktade sig till gruppdeltagarna vid respektive tillfälle (se bilaga 2 och 4) och två till samtalsledarna vid respektive tillfälle (se bilaga 3 och 5). För att samla in mer information från gruppdeltagarna skapades ett digitalt frågeformulär (se bilaga 6) för att ge en ytterligare undersökningsmöjlighet att inhämta fler perspektiv från gruppdeltagarna. Frågeformuläret innehöll övergripande frågor angående deras upplevelse om motivationsgruppen, exempel på frågor var hur många träffar gruppdeltagaren har medverkat i, positiva och negativa upplevelser i motivationsgruppen och om gruppdeltagaren skulle rekommendera gruppen till någon annan. Information om gruppens sammansättning (kön, diagnos, sysselsättning etc., se kapitel 3.2) har inhämtats från samtalsledare för att få en överskådlig bild av deltagarna.

### 3.4 Databearbetning

I föreliggande studie var intresset att lyfta fram dominerande teman ur det insamlade materialet för att synliggöra informanternas upplevelser om

motivationsgruppen som helhet samt MI som samtalsmetod. Som verktyg till detta användes olika kodningsscheman. Det insamlade materialet från samtalsledarna och gruppdeltagarna hanterades separat i olika kodningsscheman och kodades i likartade kategorier för att enklare synliggöra de dominerande teman, vilket är ett stegen i innehållsanalys (Howitt, 2013). Kategorierna var bakgrund, förväntningar, positiva respektive negativa erfarenheter. Meningsbärande citat kategoriserades för att sedan lokalisera olika övergripande teman som presenteras i resultatet. Citaten som respektive samtalsledare uttryckte samt information om motivationsgruppen skickades till berörd samtalsledare för att godkänna att informationen var korrekt eller eventuellt revideras. Båda samtalsledarna har godkänt citaten som presenteras i resultatkapitlet. Frågeformulären bearbetades utifrån varje deltagares enskilda svar på frågeformuläret för att sedan bearbeta alla deltagarnas svar på varje fråga tillsammans, detta för att fånga upp nyanser på individ- och gruppnivå. Informationen överfördes sedan till kodningsschemat för att komplettera informationen från intervjuerna, ur de meningsbärande citaten i kodningsschemat kunde teman lokaliseras som presenteras i resultatkapitlet (se rubrik 4).

### 3.5 Etisk reflektion

Rekryteringen av gruppdeltagarna till studien skedde genom samtalsledarna, vilket kan påverka samtycket till deltagandet eftersom denna grupp är mental skörare och kan påverkas ytterligare av maktskillnaden mellan patient och samtalsledare. De som anmälde sitt intresse att medverka i studien gavs kontaktuppgifter ut och en kontakt upprättades, där gruppdeltagarna fick mer information om studien (se bilaga 1) vilket är förenligt med informationskravet. Detta gav gruppdeltagarna en möjlighet att själva samtycka till sitt deltagande i studien utan att samtalsledarna fick vetskap om vilka de var, vilket är förenligt med samtyckeskravet. I intervjuerna och frågeformuläret fanns information om möjligheten att avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002).

Gruppdeltagarna har någon form av psykisk sjukdom och är i kontakt med psykiatrins öppenvård, denna målgrupp är mentalt sårbarare än psykiskt stabilare individer. För att bevara informanternas integritet har gruppens namn avidentifierats till motivationsgruppen, även annan verksamhets namn har ändrats till Träffpunkten. Den kommun som motivationsgruppen befinner sig i nämns inte, enbart att den befinner sig inom Västerbottens län. Det inhämtade materialet från



informanterna avidentifierades för att skydda individernas integritet. Däremot har inte total anonymitet uppnåtts eftersom individer i informanternas omgivning kan eventuellt förstå vem som sagt vad.

Intervjuerna utfördes via telefon i ett enskilt rum och ingen utomstående har tagit del av konversationerna. Anteckningarna som upprättades under intervjun förvarades konfidentiellt och ingen obehörig person har kunnat ta del av informationen. Rutin fanns för att vidarekoppla gruppdeltagarna till psykiatrin om patienten gick upp i affekt under intervjun samt önskade vidare stöd (Vetenskapsrådet, 2002).

Vid utformning av intervjuguiderna har de anpassats till gruppdeltagarnas psykiska förutsättningar genom flertal revideringar i samråd med samtalsledare i motivationsgruppen och handledare. Frågeformuläret reviderades i samråd med handledare och fem frivilliga granskare som läste igenom frågeformuläret och gav feedback. När frågeformuläret (se bilaga 6) upprättades inkluderades de forskningsetiska principerna. Information angående samtyckes-, nyttjande- och konfidentialitetskravet fanns på första sidan av frågeformuläret i enlighet med informationskravet. Nyttjandekravet har följts vilket innebär att ingen information om gruppdeltagarna eller rå information har lämnats ut. Som en säkerhetsåtgärd för att bevara informanternas integritet kommer övrigt rå material att förstöras när uppsatsen publiceras (Vetenskapsrådet, 2002).

## **4. Resultat**

*Under resultatet kommer först informanternas förväntningar på motivationsgruppen att presenteras. Förväntningarna bygger på tankarna samt erfarenheten som informanterna hade vid första intervjutillfället. Under nästkommande rubrik kommer informanternas utvärdering att presenteras i form av underrubriker som motiverande samtal i grupp, gruppdynamik och framtidsperspektiv på motivationsgruppen.*

### **4.1 Gruppdeltagarnas förväntningar**

Det fanns en variation av upplevelser om vad syftet med motivationsgruppen var bland de intervjuade deltagarna. Det som uppgavs var att fika tillsammans och samtala i grupp om olika ämnen samt att komma ut och prata med andra i samma

situation. Det gemensamma syftet var att de ville komma ut och träffa människor. Vissa ville komma ut och träffa människor i liknande situation för att de förstår ens utmaningar bättre. En annan anledning var utbytet av erfarenheter, tankar och känslor. En gruppdeltagare uttryckte att hen kunde lära sig mer av andra inom gruppen jämfört med att läsa en bok. Andra såg sitt deltagande som en utmaning och ville prova på någonting nytt. Dessa förväntningar styrktes genom svaren från frågeformuläret och intervjuerna.

Motivationsgruppen påminde om andra insatser och situationer som de intervjuade gruppdeltagarna tidigare deltagit i. En upplevelse som uppgavs var att motivationsgruppen var som vilken insats som helst, eftersom det handlade om samtal och det spelade ingen roll var de utfördes. En annan association som gavs var med en social insats i hemmet, boendestöd från Socialtjänsten, eftersom båda handlade om social aktivering i form av att komma ut och prata med andra. En tredje upplevelse var att motivationsgruppen jämfördes med en psykoedukativ insats, för att båda handlade om att lära sig hantera sina utmaningar i livet samt få tips och verktyg. Det upplevdes som positivt att komma ut och träffa andra personer i liknande situation som nedanstående citat visar.

Jag fick kännedom om motivationsgruppen via min samtalskontakt på psykiatrin. Det var i samband med ett besök. Samtalskontakten frågade om jag var intresserad och att det kunde vara bra, att komma ut och träffa andra människor som är i samma situation. Någon som har mått dåligt har ju mer förståelse för en... Vet hur man tänker till skillnad från andra som inte har psykisk ohälsa, till exempel min familj. (...) Det har varit skönt att träffa folk i samma situation som förstår en.

#### 4.2 Samtalsledarnas förväntningar

Förväntningarna som fanns på motivationsgruppen var bland annat att mötet mellan patienter var bra för målgruppen. Förhoppning fanns om att patienterna skulle kunna förbättra sin fysiska och psykiska hälsa utifrån deras egna förutsättningar. Genom motivationsgruppen har patienten något att gå upp till på morgonen. Generellt ansågs tio träffar som en kort period men ge det ett försök var relevant.

Det är svårt sjuka människor, de kommer nog aldrig kunna komma ifrån psykiatrin helt. De är traumatiserade. De har gått i olika behandlingar och hos olika behandlare under en lång tid. Sen om det går att förändra är frågan. Många patienter är fast i dåliga rutiner som passivitet. Många klampar runt på samma ställe och har inte kraften

eller motivationen att ta sig vidare. De som har liknande erfarenheter kan då ge och få tips till att få en fungerande vardag.

Samtalsledarna menade att många patienter var i behov att genomföra livsstilsförändringar och förändringsarbete sker inte om patienten isolerade sig och låg i sängen hela dagarna. Samtalsledarna uppgav att det var sociala faktorer som minskad isolering och ensamhet som var en fördel med motivationsgruppen.

Det är viktigt som patient att få känna att man inte är ensam, ensamhet är ofta ett bekymmer när man lider av psykisk ohälsa. En känsla av att ingen har det som jag. Att få träffa andra i samma situation och utbyta erfarenheter kan vara väldigt givande. Att stötta varandra, och inse att jag inte är ensam och att det inte bara är jag som brottas med dem här sakerna.

Genom gruppkonceptet skulle patienterna kunna inspirera varandra till livsstilsförändringar. De skulle kunna påverka varandra att bli motiverade att genomgå en egen förändring. Gruppkonceptet är bra eftersom det krävde mindre resurser, däremot kommenterade samtalsledarna att konceptet kan vara skrämmande för vissa patienter. Samtalsledarna uppgav att tankar fanns om att hålla sista träffen på Träffpunkten, en verksamhetslokal för personer med psykisk ohälsa där det fanns olika aktiviteter att engagera sig i. Detta för att få gruppdeltagarna att komma till "det friskare" utanför psykiatrin samt ge nya möjligheter till nya miljöer, aktivering och socialisering. Samtalsledarna hade förståelse för att ett bortfall bland deltagandet kunde ske, livets olika hinder kunde göra det svårt att exempelvis hålla tider av olika anledningar. Samtalsledaren uppgav att vissa patienter valde att inte delta i motivationsgruppen på grund av olika utomstående påfrestningar som gjorde att energin inte fanns.

## 4.3 Gruppdeltagarnas utvärdering

### 4.3.1 Gruppdynamik

De intervjuade gruppdeltagarna uppgav att de uppnått sina egna syften med sitt deltagande i motivationsgruppen, vilket var att komma ut och träffa andra. Det framkom utifrån intervjuerna och frågeformuläret att ingen annan livsstilsförändring har skett på grund av deltagandet i motivationsgruppen. En gruppdeltagare uttryckte dock att hen har fått mer kännedom om vilka mål hen vill sträva mot. Intervjuerna visade att gruppdeltagarna har fått nya idéer och tankar på hur de kan hantera olika situationer.

Vi har diskuterat runt om problem man har. Ja... vi kunnat prata om allt möjligt och se att man inte är allt för onormal. Jag ser mig som normal i gruppen, alla är lite normalstörda och har liknande erfarenheter. Vi kan prata om hur vi hanterar olika situationer i livet och jag har fått lite nya tankar kring det.

Fikastunden framstod genom intervjuerna som den viktigaste delen under motivationsgruppen och gemenskapen värderades som högst. Fikastunden hade hög närvaro och beskrevs som en avslappnad stund och genomsyrades av god stämning med trevliga samtalsämnen som hockey och husdjur. En gruppdeltagare beskrev gruppklimatet som accepterande och att det var enkelt att uttrycka ett behov utan att bli dömd. Samtalsledarna var lyhörda för behovet och tillgodosedde det. Klimatet var accepterande för gruppdeltagarnas olika erfarenheter och bakgrund och deras problematik jämfördes, värderades eller rangordnades inte. En styrka med motivationsgruppen uttrycktes vara varierad könsfördelning och varierad psykisk ohälsa.

Det var blandat och ingen tjejgrupp och det är bäst när det är blandat. Om det hade varit en killgrupp så hade det varit lite macho, som exempel "jag har fångat en fisk på 7 hekto", "men jag har fångat en fisk på 10 hekto." Lite av den stilen.

Samtalsledarnas olikheter har varit berikande, ena beskrevs som glad och spred positiv energi den andre beskrevs som lugn i sitt bemötande. Av intervjuerna framgick det att samtliga upplevde det som positivt att samma samtalsledare återkom vid varje tillfälle. Det uttrycktes utifrån intervjuerna att motivationsgruppens innehåll var generellt bra och att de har varit en bra balans mellan djupa ämnen och ämnen som inte varit för djupa. Samtliga uttryckte att de har kunnat hantera de känslor och tankar som har uppstått.

Teman har i det stora hela varit bra, ibland har de varit djupare... Nu kommer jag inte riktigt ihåg vilket. Jag tycker att vissa teman gick för djupt och var för tunga... Det grävde lite för djupt och grävde upp gamla sår. Jag kunde hantera det själv, men man kunde tänka på det några timmar efteråt.

Alla intervjuade gruppdeltagare hade en gemensam upplevelse av att gruppdynamiken till en början tolkades som ett hinder. En upplevde att gruppen och samtalsledarna inte "bjöd på sig", i form av att dela privata erfarenheter som traumatiska upplevelser och stora händelser i livet. Däremot fanns en förståelse för att andra inte valde att dela med sig av vissa saker och känslor. Enligt en gruppdeltagare har det varit negativt att övriga gruppdeltagare inte "kommit igång"

förrän vid sista träffen. En gruppdeltagare berättade att det fluktuerade deltagandet påverkade dem negativt eftersom det blev svårt att öppna upp sig när det kom en ny person vid varje tillfälle.

Att personerna som kommer till gruppen är olika är smådrygt... Det skulle ha varit bättre med en mer stabil grupp. Det blir nästan så att det kommer nya människor varje gång. Man hinner inte lära känna varandra.

Utifrån frågeformulär och intervjuer upplevdes tiden för motivationsgruppen som passande, men det fanns ett önskemål att ha träffarna på eftermiddagen för att möjliggöra eventuellt arbete. Enligt intervjuerna var sju träffar för lite för att genomgå en förändring. En gruppdeltagare uttryckte att en sexmånadersperiod istället för sju veckor kändes mer rimligt eftersom gruppdeltagarna inte hann lära känna varandra och forma en stabil grupp. De andra gruppdeltagarna hade en liknande åsikt. En intervjuad gruppdeltagare förstod inte poängen med visst innehåll, som återkoppling till föregående träff, samt en värderingsövning. En gruppdeltagare berättade att personen redan hade kunskap om ett berört ämne och det var därför irrelevant att samtala om det.

#### 4.3.2 Framtidsperspektiv

Lokalen i den psykiatriska öppenvården har fungerat bra och det uttrycktes även utifrån intervjuerna att det fanns en öppenhet mot att ha träffarna på ett mer offentligt ställe, som Träffpunkten, en verksamhet för personer med psykisk ohälsa. Genom vistelse på Träffpunkten kan individen frångå sin patientroll.

Jag har varit på Träffpunkten någon gång, men det var med sällskap. Det skulle fungera bra om gruppträffarna var på Träffpunkten i fortsättningen eftersom det är ju lite mer normalt där. Det hade varit en fördel att skapa en punkt utanför psykiatrin, att avinstitutionalisera träffarna lite mer.

Samtliga intervjuade gruppdeltagarna ansåg att motivationsgruppen var ett bra komplement till sin övriga behandling och har eller kommer rekommendera den till någon de känner, vilket styrktes från samtliga svar i frågeformuläret. Utifrån frågeformuläret och intervjuerna så fanns det en önskan om att fortsätta medverka i motivationsgruppen.

## 4.4 Samtalsledarnas utvärdering

### 4.4.1 Motiverande samtal i grupp

Samtalsledarna uppgav att MI var ett passande förhållningssätt inom gruppen, eftersom det var slagkraftigt och innan ett förändringsarbete kan påbörjas behöves motivation. Samtalsledaren uttryckte att motivation behöver komma först innan ett förändringsarbete kan påbörjas. Det var viktigt att ha små mätbara mål att arbeta mot. Det har funnits utrymme till förändringsprat samt att gruppdeltagarna har förstärkt varandras förändringsprat genom samtal om möjliga förändringsstrategier. Detta uttrycktes genom att samtalsledarna har hållit sig tillbaka och gett gruppdeltagarna utrymme att diskutera med varandra, eller ställt en fråga till alla i gruppen.

Det har funnits utrymme i gruppen för att utforska förändringsprat. De andra har varit positiva och hakat på, och sagt "jag har också tänkt så..." det finns vissa som har provat och vissa kan berätta vad de har provat etcetera för att stötta personen. Det har varit jättebra samtalsklimat, jag är förvånad för många av gruppdeltagarna är svårt och långvarigt sjuka.

Det har förekommit status quo-prat inom gruppen, men det tolkades inte negativt. Status quo-prat beskrevs som en balansgång mellan ett hinder och en möjlighet och hur hindret kan vändas till en möjlighet via utbytet mellan gruppdeltagarna. Det var viktigt för patienten att utforska för- och nackdelar, menade samtalsledarna.

### 4.4.2 Gruppdynamik

En grupp på 5–6 personer uppfattades som en bra storlek för denna typ av verksamhet för optimal gruppdynamik. Samtalsledarna redovisade ett bortfall bland deltagandet som berodde på olika anledningar. Det berodde bland annat på läkartid/tandläkartid eller patientens eget mående. Därför motiverade samtalsledarna att det är bra med ett litet överintag till gruppen. Något som samtalsledarna noterade som en stämningshöjare för gruppen var fiket innan gruppssessionerna började, vilket var ett tillfälle för gruppdeltagarna att landa och samtal om vad som helst.

Fikat är en drop-in period, som startar en halvtimme innan gruppen börjar. Många väljer att komma lite tidigare, en kommer en timme innan medan andra kommer 20–30 minuter innan och man pratar lite ditt och datt, som exempelvis katter. Fikat fungerar lite som en ice-breaker och det har uppfyllt sitt syfte väl.

För varje träff fanns det ett specifikt tema som gruppdeltagarna diskuterade utifrån. Specifika teman som samtalsledarna upplevde som mer givande för gruppdeltagarna var ämnet om affekter och deras funktion samt en värderingsövning. Ämnet om affekter och dess funktion uppkom vid flertal träffar. Samtalsledarna kunde inte redovisa ett specifikt tema som var mindre givande, alla teman upplevdes som mer eller mindre relevanta. Det fanns ämnen som var svåra att diskutera till en början men som vid senare tillfälle kunde diskuteras. En samtalsledare uppgav att samtalsklimatet var öppet och det var okej att diskutera andra ämnen så länge de höll sig under "motivationsgruppensparaply." Samtalsledaren uppgav att gruppdeltagarna tagit ansvar för konversationen och varit aktiva i diskussionerna, ibland har gruppen styrt från temat och det har blivit någonting riktigt bra. Gruppklimatet beskrevs som varmt och vänskapligt både av samtalsledare och gruppdeltagare.

Ett speciellt ögonblick som står ut är gruppens första spontana asgarv. När hela gänget satt och skrattade, då tänkte jag WOW nu hände det något. Man började slappna av och alla verkade vara bekväma med varandra. Sen har det blivit fler asgarv. En härlig grupp där många kloka tankar utbyts trots att vi inte hann ha alla träffarna.

Gruppklimatet beskrevs som att det blivit bättre desto fler träffar de haft. Gruppdeltagarna har kunnat öppna sig mer och mer, beskrev samtalsledarna. Det har varit ett öppet samtalsklimat och gruppdeltagarna har kunnat uttrycka att de haft en sämre dag och inte kommer att prata så mycket på träffen.

#### 4.4.3. Framtidsperspektiv

På sju veckor har samtalsledarna inte noterat någon livsstilsförändring hos gruppdeltagarna, men båda samtalsledarna var positivt överraskade över gruppdynamiken. Samtalsledarna uppgav att alla gruppdeltagare i mån av mående och förmåga bidragit till gruppen, vilket har skapat ett fint klimat.

Sammanfattningsvis har motivationsgruppen varit väldigt bra och positiv. Jag är förvånad över det eftersom jag inte har så mycket tidigare erfarenhet av gruppsamtal. Det har varit tuffa grejer som vi har samtalat om inom gruppen, men det har fungerat eftersom ingen har kontaktat psykiatrin på grund av att de inte kunde släppa samtalen. Det har hänt att gruppdeltagarna har tagit med sig lite tankar om vad vi har pratat om och tagit upp det vid nästkommande träff. Jag upplever att motivationsgruppen fyller ett hål i verksamheten och det behövs.

På grund av det goda resultatet fanns tankar om att starta upp motivationsgruppen igen till hösten, tanken var då att hålla träffarna på Träffpunkten. Samtalsledarna upplevde att gruppdeltagarna var positiva till att fortsätta gruppen vid Träffpunkten eftersom inte alla gruppdeltagare varit där. Tankarna inför hösten var att nuvarande gruppdeltagare erbjuds en plats i motivationsgruppen och resterande platser kommer erbjudas andra patienter. Motiveringen var att det är bra att blanda nya gruppdeltagare med äldre eftersom det kan skapa nya samtal.

Det var för sårbart att endast ha två samtalsledare som höll i motivationsgruppen eftersom det krävdes två samtalsledare per tillfälle, vilket styrktes genom intervjuerna. Om ett bortfall uppstod skapade det svårigheter att hålla i träffarna. Samtalsledaren uppgav att det skulle vara bättre om det var totalt fyra som ansvarade för gruppen, med två närvarande per tillfälle.

## **5. Diskussion**

*Först kommer motivationsgruppens koncept att beröras, vilket delas in i motiverande samtal och struktur. Vidare berörs den sociala dynamiken i gruppen samt slutsatser och sist presenteras reflektion om metod.*

### **5.1 Motivationsgruppens koncept**

#### **5.1.1 Motiverande samtal**

I kapitlet om motiverande samtal (se 1.1) presenterades MI som en användbar metod för att bemöta ambivalens samt motivera till en livsstilsförändring (Miller & Rollnick, 2013). MI som metod är flexibel samt passande för individer med olika typer av psykisk sjukdom, samt har en rad positiva aspekter, som följsamhet till behandling, stabilare och långvarig behandling, tar mindre antal sessioner, samt ger en kognitiv boost för att kunna slutföra annan behandling (Arkowitz & Westra, 2009; Arkowitz et al., 2008; Dunn et al., 2001; Gaeber et al., 2003; Lasu 2012; Lundahl & Burke, 2009; Merlo et al., 2010; Moore et al., 2018; Rush & Corrigan, 2002). De ovanstående positiva fördelarna med MI har inte lokaliserats i denna studie, vilket kan bero på studiens begränsningar, den oförväntade korta verksamhetsperioden eller att de positiva fördelarna inte förekommit. Däremot uppgav de intervjuade gruppdeltagarna att deltagandet i motivationsgruppen har varit ett bra komplement till deras övriga behandling. I praktiken uppgav samtalsledarna att de bemötte förändringsprat samt gav utrymme till status quo-prat



för att lyfta fram fördelar och nackdelar med en eventuell förändring. Ett potentiellt hinder som Miller och Rollnick (2013) identifierade, var tidsutrymme för varje gruppdeltagare att få möjlighet att uttrycka sitt förändringsprat. Utifrån informanterna i föreliggande studie har det inte upplevt sådana problem.

Samtalsledarnas syfte med motivationsgruppen stämde inte överens med gruppdeltagarnas. De intervjuade gruppdeltagarna hade en gemensam uppfattning om att motivationsgruppens syfte var av social karaktär, som att träffa andra i samma situation. Enligt en gruppdeltagare fick hen även sådan information från sin samtalskontakt. Det syfte som samtalsledarna båda uppgav var att motivera till förändringar av psykisk och fysisk karaktär för att höja livskvalitén. Genom de olika förväntningarna problematiserades förutsättningarna för motivationsgruppen eftersom de strävade mot olika mål. Detta gjorde att motivationsgruppen fick ogynnsamma förutsättningar till ett utfall som bestod av livsstilsförändringar bland gruppdeltagarna.

Enligt Miller och Rollnick (2013) ställer gruppsamtal med MI som metod stora krav på samtalsledaren. Bland annat behövs omfattande kunskaper om MI inom individuella samtal innan samtalsledaren har goda förutsättningar för att kunna hålla ett lyckat gruppsamtal. Samtalsledarna i motivationsgruppen hade olika professionella bakgrunder, vilket även gällde MI. Den ena var välutbildad samt hade omfattande praktisk erfarenhet, medan den andra hade omfattande erfarenhet inom psykiatri, grundläggande teoretisk kompetens inom MI och många års erfarenhet av individuella samtal. De intervjuade gruppdeltagarna uppgav att samtalsledarna kompletterade varandra, den ena var glad och positiv medan den andra var lugn, vilket uppfattades som en styrka. Utifrån ovanstående information som bakgrund har samtalsledarna goda förutsättningar för att hålla i gruppsamtal.

### 5.1.2 Struktur

Motivationsgruppens syfte stämmer överens med Socialstyrelsens rekommendationer (2018) om att hälso- och sjukvård ska stötta individer i särskild risk. Gruppdeltagarna led av allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni och depression. Majoriteten av gruppdeltagarna som anmälde till motivationsgruppen levde på sjukersättning eller var sjukskrivna och har därav en låg socioekonomisk position i samhället. På grund av deras situation inkluderas de i en särskild riskgrupp som behöver extra stöd från hälso- och sjukvården med mål att höja sin

livskvalité genom att genomgå vissa livsstilsförändringar. Detta är i linje med Socialstyrelsens rekommendation (2018) att det bör ske genom rådgivande samtal, men i utförandet har det inte skett någon livsstilsförändring, vilket kan bero på den korta verksamhetsperioden eller annan okänd faktor.

Motivationsgruppens grundtanke var till en början att det skulle vara tre samtalsledare som höll i gruppen, vilket innebar att det skulle vara olika samtalsledare varje gång. Utifrån de intervjuade gruppdeltagarnas perspektiv var det positivt att samma samtalsledare återkom vid varje träff. Vidare uttrycktes att grupperiodens början upplevdes som stel, eftersom de inte kände varandra till en början. Det fluktuerande gruppdeltagandet gjorde det svårt att bli bekväma med varandra inom gruppen. Detta skulle förvärras ytterligare ifall det var olika samtalsledare varje träff. En kontinuitet bland samtalsledarna ansågs som viktigt. De intervjuade gruppdeltagarna uppgav att en blandad grupp av kön och psykisk ohälsa berikade i form av olika synsätt och erfarenheter.

De intervjuade gruppdeltagarna tyckte att innehållet i motivationsgruppens diskussioner var generellt bra, men det fanns en risk att de gick för djupt in på vissa ämnen. Två gruppdeltagare uppgav att vissa diskussioner om vissa teman kunde väcka starka känslor och tankar som behövdes bearbetas på egen hand efter avslutad träff. De intervjuade gruppdeltagarna berättade att de själva hanterade dessa känslor.

Det tycktes finnas en gemensam uppfattning om att sju veckor var en kort period att påbörja ett förändringsarbete som gav effekt inom verksamhetsperioden. De intervjuade gruppdeltagarna uppgav att de behövde en längre period för att få goda förutsättningar för att bland annat få tid till att öppna upp sig till övriga gruppdeltagare, prova på nya aktiviteter och genomgå en förändring.

Utifrån samtalsledarna fanns en grundtanke om att vid sista träffen skulle motivationsgruppens avslutning ske vid Träffpunkten för att gruppdeltagarna skulle få komma till nya miljöer. Detta skedde inte på grund av att gruppen pausades med anledning av Covid-19. Samtalsledarna uppgav att till hösten önskar de hålla alla träffarna vid Träffpunkten, vilket de intervjuade gruppdeltagarna var positivt inställda till. Genom att motivationsgruppen skulle flyttas avinstitutionaliseras gruppen mer och skapar möjlighet att utöka sitt sociala nätverk.

## 5.2 Den sociala dynamiken

Grunden av motivationsgruppen var i linje med peer-support. Gruppdeltagare som alla led av någon form av psykisk ohälsa, träffades för att dela erfarenheter och tankar, finna stöd hos varandra, känna att de inte var ensamma i sin situation, lämna sin patientroll och känna sig "normal" inom gruppen samt bryta sin isolering. Detta var någonting som både samtalsledare och gruppdeltagare uppgav.

En speciell stund som värderades högt av de intervjuade gruppdeltagarna var fikastunden som beskrevs som avslappnande och bekvämt. Vissa uppgav fikastunden som den bästa delen med motivationsgruppen genom den trevliga och lättsamma stämningen. Detta liknade Schöns (2010) beskrivning av peer-supports gruppklimat som vänligt och välkomnande som ger möjlighet till trygghet och utveckling. De intervjuade gruppdeltagarna och samtalsledarna berättade att det blev ett öppnare klimat när de lärde känna varandra, vilket de gjorde under fikastunden. Detta visade att fikastunden var en viktig stund för motivationsgruppen. Bidragande till det goda klimatet under motivationsgruppen var de regler som presenterades vid första träffen, uppgav en gruppdeltagare, dessa regler som tystnadsplikt och att erfarenheter inte värderades eller rangordnades. Majoriteten av gruppdeltagarna var antingen sjukskrivna eller hade sjukersättning samt avsaknad av betald sysselsättning. Motivationsgruppen har hjälpt gruppdeltagarna att fylla ut dagarna. Motivationsgruppen har på sätt och vis ökat livskvalitén i form av bruten isolering eftersom gruppdeltagarna i föreliggande studie blev besvikna när projektet pausades och ville komma tillbaka till gruppen.

## 5.3 Slutsatser

Tidsperioden som motivationsgruppen fortlöpte var kort på grund av Covid-19 och påverkade resultatet, vilket var förståeligt. Det som har kunnat konstateras var att gruppdeltagarna själva uttryckt en förhöjd livskvalité i form av en ökad social samvaro som motverkade isolering. Studien har inte kunnat säkerhetsställa ifall om några livsstilsförändringar har skett med hjälp av motivationsgruppen.

Motivationsgruppens syfte att påbörja livsstilsförändringar och bidra med förhöjd livskvalité är ett viktigt syfte samt ansvar som hälso- och sjukvården har, vilket Socialstyrelsen (2018) betonar. Det är av intresse för psykiatrin att stödja patienterna till livsstilsförändringar, men gruppinterventionen med MI som

studerats i föreliggande arbete hade ett mer avgränsat utfall med beaktande av interventionens begränsande omfattning är detta knappast överraskande. Det positiva utfallet var mer av social upplevelse-karaktär som är mer förenligt med peer-supportkonceptet än motiverande samtal. Det förekom utvecklingsområden (se rubrik 5.1 och 5.2) inom motivationsgruppen, men det är inte säkert att det i sin förlängning kan möjliggöra livsstilsförändringar.

Det finns därav ett glapp mellan psykiatrins uttalade syfte med gruppen och utfallet. Med motivationsgruppens bibehållna ambitiösa syfte bör man tänka över metodik och omfattning. Alternativt begränsa syftet till den mer sociala innebörd som nu uppnåddes med gemenskap och erfarenhetsutbyte. Samtidigt bör då beaktas att det redan finns etablerade verksamheter i samhället som kan uppfylla det syftet. Exempelvis kan det vara ett mer strukturerat deltagande på Träffpunkten.

#### 5.4 Reflektion om metod

Denna studie utgick ifrån informanternas utsagor vilket kan vara en svaghet då det kan vara lättare att förmedla positiva än kritiska erfarenheter, vilket är förenligt med positive-outcome bias (Callahan et al., 1998). Gruppdeltagarna som deltog i denna studie hade alla en hög närvaro på motivationsgruppens träffar vilket kan medföra att gruppdeltagarna som medverkade i studien var mer motiverade, hade ett bättre hälsotillstånd eller annan okänd orsak.

Studiens syfte var att utvärdera motivationsgruppen utifrån gruppdeltagares samt samtalsledares perspektiv. Totalt har tio intervjuer utförts med fem informanter samt tre gruppdeltagare som svarade på frågeformuläret. Intervjuerna har utförts vid två tillfällen per informant samt har ett frågeformulär skapats för att samla in fler perspektiv, vilket var en styrka med studien eftersom tillförlitlighet stärks med triangulering (Yin, 2011; Svensson & Starrin, 1996). Alla intervjuer utfördes via telefon, vilket kan vara både en fördel och nackdel. Bland annat har inte information om kroppsspråk kunnat inhämtas, samtidigt har den opersonliga intervjukontakten gett möjlighet för informanterna att vara mer anonyma. Samtidigt har empirin påverkats av författarna eftersom de har skapat intervjuguiderna och frågeformuläret. Vid intervjuerna har de varit medskapare och påverkat det insamlade materialet genom följdfrågor. Författarna har skraddarsytt frågeformuleringar under intervjuerna för att bemöta informanten.

Denna studie har studerat motivationsgruppen som en helhet, vilket kunde nyanseras genom komplettering i intervjuerna med frågor angående varje träffs innehåll. På grund av Covid-19 pausades motivationsgruppen efter totalt sju träffar, vilket påverkar möjlighet till förändringsarbete inom verksamhetsperioden. Detta har funnits i åtanke under analys av empiri, forskning och teori. Covid-19 har påverkat studiens forskningsmöjligheter i form av metodbegränsningar, exempelvis kunde inte frågeformuläret delas ut personligen, vilket sannolikt påverkade antal som besvarade frågeformuläret.

Föreliggande studie har bidragit med kunskap till den berörda psykiatriska öppenvården med deras unika kontext, vilket begränsar generalisering till andra projekt svårt. Exempelvis påverkas generaliserbarheten av samtalsledarnas inställning till MI som metod och gruppdeltagarnas personliga mål att socialisera i stället för att genomgå livsstilsförändringar. Det finns ett behov av mer omfattande utvärdering kring motivationsgruppen om den skall fortsätta med ett liknande upplägg. Det är till exempel oklart i vilken utsträckning samtalsledarna använder sig av MI som samtalsmetod då de ser MI mer som ett förhållningssätt. För säkrare slutsatser kring utfallet kan utvärderingen beröra hur gruppdeltagarnas vardagsliv såg ut innan, efter gruppens avslut och sedan även några månader efter avslutat deltagande i gruppen. Kanske kan det då synas spår av livsstilsförändringar.

## 6. Referenslista

1177. (2018). *Söka psykiatrisk vård*. Hämtad 2020-03-30 från: <https://www.1177.se/>
- Arkowitz, H., & Westra, H. A. (2009). Introduction to the special series on motivational interviewing and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1149–1155.
- Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller, W.R., & Rollnick, S. (Red.) (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Borba, C., Depadilla, L., Druss, B., Mccarty, F., Von Esenwein, S., & Sterk, C. (2011). A Day in the Life of Women With a Serious Mental Illness: A Qualitative Investigation. *Women's Health Issues*, 21(4), 286–292.
- Brown, L.D., Shepherd, M.D., Wituk, S.A. & Meisser, G. (2008). Introduction to the Special Issue on Mental Health Self-Help. *American Journal of Community Psychology*, 42(2), s. 105–109.
- Callaham, M. L., Wears, R. L., Weber, E. J., Barton, C., & Young, G. (1998). Positive-outcome bias and other limitations in the outcome of research abstracts submitted to a scientific meeting. *Jama*, 280(3), 254-257.
- Corrigan, P. W., Sokol, K. A., & Rusch, N. (2013). The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 1–6.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, nr 96, 1725–1742.
- Forsberg, L. (2006). Motiverande samtal: bättre än råd. *Läkartidningen*, 42(103), 3178–3180.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 189–202.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Howitt, D. (2013). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Laliberte-Rudman, D., Yu, B., Scott, E., & Pajouhandeh, P. (2000). Exploration of the perspectives of persons with schizophrenia regarding quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(2), 137–147.
- Lasu, J. (2012). *Motiverande samtal för personer med depression: Behandlares uppfattningar, förhållningssätt och erfarenheter*. Kandidatuppsats, Gymnastik- och idrottshögskolan, Institutionen för idrotts- och hälsovetenskap. <http://www.diva-portal.org/>

- Lundahl, B., Burke, B. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232–1245.
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2010). Cognitive Behavioral Therapy Plus Motivational Interviewing Improves Outcome for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Preliminary Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 24–27.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (3. rev. och utök. utg. [dvs 4. svenska utg.]). Stockholm: Natur & kultur.
- Moore, M. M., Flamez, B., & Szirony, G. M. (2018). Motivational interviewing and dual diagnosis clients: Enhancing self-efficacy and treatment completion. *Journal of Substance Use*, 23(3), 247–253.
- Motion 1998/99:So349. *Psykiatrireformen*. Hämtad 2020-03-30 från: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)
- Munn-Giddings, C. & McVicar, A. (2006). Self-help groups as mutual support: What do carers value? *Health and Social Care in the Community*, 15 (1), 26–34.
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29–36
- Prop. 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*. Hämtad 2020-03-30 från: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2010). A dependence that empowers-the meaning of the conditions that enable a good life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(1), 1–11.
- Rusch, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1), 23.
- Santa Ana, E. J. S., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of Group Motivational Interviewing (GMI) for Psychiatric Inpatients With Chemical Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816–822.
- Schön, U.-K. (2009). *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*. Stockholm: US AB Print Center.
- Schön, U.-K. (2010). The power of identification. Peer support in recovery from mental illness. *Scandinavian Journal Of Disability Research*, 12(2), 83–90.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård vid depression och ångestsyndrom 2019: Underlagsrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Svensson, P., & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- UNDP, (2020). Mål 3: god hälsa och välbefinnande. Hämtad 2020-04-17 från: <https://www.globalamalen.se/>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wahab, S. (2005). Motivational interviewing and social work practice. *Journal of Social Work*, 5(1), 45–60.
- World Health Organization. (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & medicine*, 41(10), 1403–1409.
- World Health Organization. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Hämtad 2020-03-27, från World Health Organization, <https://www.who.int/>
- Yin, R. K., & Retzlaff, J. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål* (1. uppl.). Lund: Lund: Studentlitteratur.



## **Bilaga 1: Informationsblad**

# Utvärdering om (Motivationsgruppen)

till er som leder och deltar

Vi heter Rebecka och Sandra och vi är socionomer som skall skriva en magisteruppsats vid Umeå Universitet. Vi har tänkt att den skall handla om den (motivationsgruppen) som ni deltar i.

XX (Kontakt på psykiatrin) har bjudit in oss för att utvärdera (motivationsgruppen) som ju är ett nytt projekt mellan två mottagningar vid psykiatrin i (kommun). Syftet med vår utvärdering är att se om (motivationsgruppen) gynnar deltagarna, därför skulle vi gärna vilja prata med er!

Vi skulle gärna vilja intervjua er som deltar i (motivationsgruppen), men det är naturligtvis helt frivilligt att delta. Vi tänkte genomföra intervjuerna via telefon, helst vid två tillfällen, en i början av (motivationsgruppen) och en i slutet. Vi vill tala om vad ni tänkt med att delta i (motivationsgruppen) samt hur ni sedan tyckte att det blev. Samtalen kommer att ta kring en halvtimme, beroende på hur mycket ni vill dela med er. Ni har naturligtvis rätt att avbryta er medverkan i studien om ni så skulle vilja.

Det ni säger i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen utomstående kommer att få ta del av de anteckningar som förs eller övrig information om er. När vår magisteruppsats har blivit godkänd så kommer den att publiceras i databasen DiVA och den kommer också att finnas tillgänglig via XX (kontakt på psykiatrin) om ni vill läsa den.

### **Med Vänliga Hälsningar**

Rebecka Alvarsson

Sandra Forsman

Socionomer

Magisteruppsats, 15 hp

Institutionen för socialt arbete

Rebecka Alvarsson: (mail)

Sandra Forsman: (mail)

Handledare: Pär Salander, Professor vid Institutionen för socialt arbete: (mail)

## **Bilaga 2: Intervjuguide gruppdeltagare, träff 1**

### Tema 1: Intro

- Berätta om syftet med studien.
- Vi kommer att anteckna lite för vår egen del, vi kan gå igenom anteckningarna i slutet om du vill. Vi hanterar anteckningar konfidentiellt.
- Detta är på frivilligbasis och ni har rätt att avbryta medverkan.
- Om du känner dig obekvämt så får du passa på frågor.
- När vi har fått godkänt på vår magisteratuppsats kommer den att publiceras.
- En kopia kommer att finnas att läsas hos XX (kontakt på psykiatri).

### Tema 2: Bakgrund

- Berätta lite om dig själv, hur skulle du beskriva dig själv?
- Hur ser din vardag ut?

### Tema 3: Psykiatri i (kommun)

- Hur och när kom du i kontakt med psykiatri?
- Vilken typ av psykisk ohälsa har du?
- Hur ser dina kontakter med psykiatri ut idag?
- Vad är din erfarenhet av psykiatri?
- Har du varit med om någon liknande insats som (motivationsgruppen) tidigare?
- Har du andra insatser från andra myndigheter?

### Tema 4: motivationsgruppen

- Hur fick du kännedom om (motivationsgruppen)?
- Kan du förklara vad syftet med (motivationsgruppen) är?
- Vad hade du för förväntningar på den här (motivationsgruppen)?
- Vad gjorde att du blev intresserad att delta i (motivationsgruppen)?
- Hur har (motivationsgruppen) varit som helhet ända fram till nu?

### **Slutet**

- Summera ens anteckningar, se om man har uppfattat allt rätt?
- Är det någonting som dem vill tillägga?
- Ge ut mejladress.

## **Bilaga 3: Intervjuguide samtalsledare, träff 1**

### Tema 1: Intro:

- Berätta om syftet med studien.
- Vi kommer att anteckna lite för vår egen del, vi kan gå igenom anteckningarna i slutet om du vill. Vi hanterar anteckningar konfidentiellt.
- Detta är på frivilligbasis och ni har rätt att avbryta medverkan.
- Om du känner dig obekvämt så får du passa på frågor.
- När vi har fått godkänt på vår magisteruppsats kommer den att publiceras.
- En kopia kommer att finnas att läsas hos XX (kontakt på psykiatri).

### Tema 2: Bakgrund

- Berätta lite om din professionella bakgrund?
- Vad är dina arbetsuppgifter vid psykiatri?
- Hur kommer det sig att du valde att jobba inom psykiatri?
- Hur länge har du jobbat inom psykiatri?

### Tema 3: Målgruppen

- Vad är era erfarenheter om att jobba med patienterna inom psykiatri?
- Vad tänker ni om återhämtningskonceptet för den här målgruppen?

### Tema 4: Psykiatri i (Kommun):

- Har ni haft något tidigare samarbetet med andra psykiatriska öppenvårdsmottagningar?
- Vilka insatser kan psykiatri i (Kommun) erbjuda till målgruppen?
- På vilket sätt ska (motivationsgruppen) fylla ett hål i psykiatri?
- Tycker du att det finns förbättringsområden inom psykiatri?

### Tema 5: (Motivationsgruppen)

- Hur kommer det sig att ni startade det här projektet?
  - Vad är syftet med projektet?
  - Hur blev du involverad i projektet?
  - Hur ska ni uppnå syftet med projektet?
  - Hur såg planeringsprocessen ut innan (motivationsgruppen) började?
  - Hur formade ni (motivationsgruppens) innehåll? Som teman?
  - Är projektet baserat på evidensbaserad forskning?
- Ni ska använda er av MI, hur inkorporerar ni det i praktiken?
- Hur gick ni tillväga för att få deltagare till gruppen?
- Vilket stöd får ni för att utföra projektet?
- Ifall ni inte var beroende av resurser eller andra begränsningar, hur skulle ni utforma det här projektet?

### **Slutet**

- Summera ens anteckningar, se om man har uppfattat allt rätt?
- Är det någonting som dem vill tillägga?
- Ge ut mejladress.

## **Bilaga 4: Intervjuguide gruppdeltagare, träff 2**

### Tema 1: Intro

- Vi kommer att anteckna lite för vår egen del, vi kan gå igenom anteckningarna i slutet om du vill. Vi hanterar anteckningar konfidentiellt.
- Detta är på frivilligbasis och ni har rätt att avbryta medverkan.
- Om du känner dig obekvämt så får du passa på frågor.

### Tema 2: Bakgrund

- Har din vardag förändrats något under tiden du deltagit i (motivationsgruppen)?
  - Vad är det som har gjort det bättre/sämre?

### Tema 3: Psykiatrin i (kommun):

- Hur ser dina kontakter med psykiatrin ut idag?
  - Hur har din kontakt med psykiatrin förändrats under tiden du deltagit i (motivationsgruppen)?
- Har din syn på psykiatrin förändrats sen du medverkat i (motivationsgruppen)?
- Har (motivationsgruppen) varit ett bra/dåligt komplement till dina övriga behandlingar hos psykiatrin?

### Tema 4: (motivationsgruppen):

- Hur många träffar har du medverkat i?
- Har (motivationsgruppen) motiverat dig att göra någon förändring?
  - Berätta hur du blev motiverad?
  - Vad var det som gjorde att du vågade?
  - Hur kändes det?
- Berätta vad är det ni har gjort på (motivationsgruppen)?
- Kan du förklara syftet med (motivationsgruppen)?
  - Tycker du att ni uppnått syftet?
- Vad tycker du om tiden/platsen ni sågs?
- Vad tycker du om att ni fikade innan träffen?
- Hur har samtalsledarna varit? Bra/dåligt?
- Hur upplevde du att gruppdynamiken var?
- Var det relevanta teman som ni diskuterade?
- Vad var det positiva/negativa med (motivationsgruppen)?
- Hur har (motivationsgruppen) varit som helhet?
- Skulle du kunna tänka dig att delta i (motivationsgruppen) igen?

### **Slutet**

- Summera ens anteckningar, se om man har uppfattat allt rätt?
- Är det någonting som dem vill tillägga?
- Ge ut mejladress.
- Tack för att du har medverkat, dina åsikter är viktiga för oss!

## **Bilaga 5: Intervjuguide samtalsledare, träff 2**

### Tema 1: Intro:

- Vi kommer att anteckna lite för vår egen del, vi kan gå igenom anteckningarna i slutet om du vill. Vi hanterar anteckningar konfidentiellt.
- Detta är på frivilligbasis och ni har rätt att avbryta medverkan.
- Om du känner dig obekvämt så får du passa på frågor.

### Tema 2: MI inom professionell utövning:

- Berätta lite om din bakgrund inom MI?
- När började du använda MI?
- Har du använt MI inom individuella samtal förut?
- Vad känner du om att använda MI inom grupp jämfört med att använda det individuellt?
- Har du tidigare erfarenheter att använda MI inom gruppsamtal?
- Vad anser du om MI som metod? Fördelar/nackdelar.
- Vad anser du om gruppens storlek för att kunna utöva MI?
- Hur upplever du MI fungera inom psykiatri?
- Nu kommer vi komma in på den mer metodologiska delen om MI. När vi talar om förändringsprat menar vi exempel på uttalande som kan vara "jag vill förändra mitt psykiska mående (förändringsprat) men jag orkar inte anstränga mig (status quo).
- Upplever du att MI fungera när patienterna uttrycker förändringsprat och hur fångar ni upp det?
- Har det funnits utrymme för alla patienter att uttrycka sitt förändringsprat i gruppen?
- Hur har gruppen påverkat individerna? Har dem påverkat varandras förändringsprat och status quo?

### Tema 3: (motivationsgruppen)

- Har syftet förändrat sig under vägen?
- Hur har deltagandet sett ut?
- Vad är tanken med att avsätta 30 min till fika?

### Tema 4: (motivationsgruppen)s olika teman

- Vilket tema upplever du har varit mest givande för deltagarna?
- Vilket tema upplever du har varit minst givande för deltagarna?
- Finns det ett ögonblick på någon av träffarna när någonting händer? Som en "Aha-upplevelse" eller någon som blev extra motiverande. Ett tillfälle som står ut från mängden.

### Tema 5: Utvärdering

- Finns det utvecklingsområden för (motivationsgruppen)?
- Vad är (motivationsgruppen)s styrkor?
- Vad skulle ni förändra om ni utförde (motivationsgruppen) igen?
- Vad anser ni om det här projektet, kommer ni att göra om denna grupp till hösten?
- Vad har ni för tankar kring vad som händer efter (motivationsgruppen) för patienterna?

### **Slutet**

- Summera ens anteckningar, se om man har uppfattat allt rätt?
- Är det någonting som dem vill tillägga?
- Ge ut mejladress.

## **Bilaga 6: Frågeformulär**

Detta frågeformulär innehåller frågor angående motivationsgruppen, hur ni har upplevt den, vad som är bra och mindre bra etc. Även om du inte medverkade vid flera tillfällen är vi intresserad av dina åsikter och tankar. Skriv gärna utförligt, era åsikter är viktiga! Målet är att få ert perspektiv på motivationsgruppen, vad som är bra och mindre bra.

Ert deltagande är frivilligt och om ni känner er obekväma med någon fråga så kan ni hoppa över den.

Era svar kommer vara anonyma och vi kommer inte kunna se vem som svarat vad. Vi kommer att hantera era svar konfidentiellt.

Frågeformuläret kommer ta ca. 5-10 minuter att besvara.

När uppsatsen är godkänd kommer den publiceras på Diva, en kopia kommer att finnas hos (kontakt på psykiatrin).

Era åsikter är viktiga för oss!

### **Med Vänliga Hälsningar**

Rebecka Alvarsson

Sandra Forsman

Socionomer

Magisteruppsats, 15 hp

Institutionen för socialt arbete

## Motivationsgruppen

Även om du har medverkat vid fåtal träffar eller ingen träff, är vi fortfarande intresserad av dina svar. Svara på frågorna så gott du kan.

- Hur många träffar har du medverkat i?
- Om du har medverkat på mindre än tre träffar, finns det något som skulle kunde öka ditt deltagande? Vad är det?
- Vad är din dagliga sysselsättning?
- Vad var ditt mål med din medverkan i motivationsgruppen?
- Vad anser du har varit bra med motivationsgruppen?
- Vad anser du har varit mindre bra med motivationsgruppen? Hur kan det förbättras?
- På en skala mellan 1-10, vad skulle du sätta för betyg på motivationsgruppen?
- Upplever du att du har blivit motiverad att ändra på någonting/testa någonting nytt i ditt liv med hjälp av motivationsgruppen?
- Om du har gjort någon förändring/testat någonting nytt, berätta vad det är.
- Har du fått utrymme att prata i gruppen?  
Hur har antalet träffar, tider och lokaler fungerat?
- Hur upplever du att motivationsgruppen har varit som ett komplement till din övriga behandling? Motivera.
- Skulle du kunna tänka dig att delta i motivationsgruppen igen? Motivera ditt svar.
- Är det någonting du vill tillägga?

Tack för att du tog tid för att fylla i frågeformuläret! Det betyder mycket för oss som håller i utvärderingen och för psykiatrin!

Om du önskar kontakt med oss, når du oss via mejl:

(mail)

(mail)