



**INSTITUTIONEN FÖR KOST-  
OCH IDROTTSVETENSKAP**

# **Motivation till beteendeförändring**

**En kvalitativ studie om tjänsten Hälsocoach online**

**Emma Bendroth  
Sofia Svensson**

Kandidatuppsats 15 hp  
Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap  
Vt 2019  
Handledare: Lena Gripeteg  
Examinator: Hillevi Prell



## INSTITUTIONEN FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

### Kandidatuppsats 15 hp

Titel:	Motivation till beteendeförändring – En kvalitativ studie om tjänsten Hälsocoach online
Författare:	Emma Bendroth & Sofia Svensson
Program:	Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Lena Gripeteg
Examinator:	Hillevi Prell
Antal sidor:	36 (inklusive bilagor)
Termin/år:	Vt2019
Nyckelord:	Kost, online coachning, motivation, beteendeteorier, drop-out, hälsopromotion, träning, fysisk aktivitet, levnadsvanor, hälsa

### Sammanfattning

Västra Götalandsregionens projekt Hälsocoach online har sedan 2017 utvecklat och testat en ny form av tjänst i syfte att förbättra individers hälsa och levnadsvanor. Då en stor del av klienterna väljer att avbryta coachningen i förtid är det viktigt att undersöka de bakomliggande orsakerna för att kunna förbättra tjänsten. Syftet med studien är därför att lyfta fram erfarenheter och upplevelser som Hälsocoach onlines klienter har kring tjänsten samt undersöka varför en del klienter väljer att inte fullfölja coachningen. Undersökningen är en kvalitativ intervjustudie med en blandad induktiv och deduktiv ansats. Motivationsteorierna som använts är Self Determination Theory där teman varit förutbestämda. Teorin kompletterades med valda delar ur Health Belief Model. Urvalet bestod av totalt nio respondenter, varav fem klienter som fullföljt sin coachning respektive fyra klienter som valt att avbryta. Intervjuerna transkriberades och textmaterialet analyserades utifrån tematisk analys. Resultatet delades upp i två teman; motivation samt anledning till avbruten coachning. Resultatet visar att det är viktigt att tillgodose de tre psykologiska behoven autonomi, kompetens och social tillhörighet för att kunna bibehålla motivation och på så sätt fullfölja sin coachning, vilket går i linje med tidigare forskning. De respondenterna som valt att avbryta coachningen identifierar sig inte som avbrytare utan har haft olika anledningar till att inte fullfölja coachningen. De vanligaste anledningarna är brist på tid och kontroll samt att ingen ny kunskap tillfördes. Studien kan bidra med viktiga resultat som kan bistå Hälsocoach onlines fortsatta arbete med att främja klienters motivation till beteendeförändring samt ligga till grund för vidare forskning.

## Förord

Båda skribenterna har arbetat flitigt tillsammans genom kursens gång vilket har varit givande då vi kunnat diskutera och analysera gemensamt samt kunnat bidra med olika egenskaper till uppsatsen. Vi vill tacka Hälsocoach online för ett intressant uppdrag samt ett bra samarbete med tydliga instruktioner. Vi vill också tacka alla klienter som ställt upp på intervjuer då de varit värdefulla för studien. Eftersom hälsa kan vara ett känsligt ämne är vi tacksamma över att vi fått ta del av respondenternas upplevelser. Vi vill även tacka vår handledare Lena Gripeteg för bra diskussioner och givande feedback.

Tack!

# Innehållsförteckning

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>2</b>
<b>FÖRORD</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>5</b>
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	5
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
HÄLSOCOACH ONLINE .....	6
TIDIGARE FORSKNING .....	7
<i>Levnadsvanor</i> .....	7
<i>Matvanor</i> .....	7
<i>Fysisk aktivitet</i> .....	9
<i>Alkohol och tobak</i> .....	9
<i>Coaching som stöd till beteendeförändring</i> .....	9
TEORIER OCH BÄRANDE BEGREPP .....	10
<i>Salutogenes</i> .....	10
<i>Motivation</i> .....	10
<b>METOD</b> .....	<b>12</b>
DESIGN .....	12
URVAL .....	13
DATAINSAMLING .....	13
DATABEARBETNING OCH ANALYS .....	14
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	15
<b>RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
MOTIVATION.....	16
<i>Autonomi</i> .....	16
<i>Kompetens</i> .....	17
<i>Social tillhörighet</i> .....	18
ANLEDNING TILL AVBRUTEN COACHNING .....	20
<i>Identifierar sig inte som avbrytare</i> .....	20
<i>Bristande kontroll</i> .....	20
<i>Tidsbrist</i> .....	20
<i>Ingen ny kunskap tillfördes</i> .....	21
<i>Avsaknad av tillhörighet</i> .....	21
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
METODDISKUSSION.....	22
<b>RESULTATDISKUSSION</b> .....	<b>24</b>
<b>SLUTSATSER OCH IMPLIKATIONER</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>30</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>34</b>
BILAGA 1. INTERVJUGUIDE .....	34
BILAGA 2. INFORMATIONSBREV .....	36

# Introduktion

Hälsan har en avgörande roll för människans välbefinnande och definieras enligt World Health Organization (WHO, 2019) som “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp”. Hälsa är något vi behöver för att kunna möta vardagens prövningar men också för att njuta av och ta oss an dess möjligheter (Korp, 2016).

Idag överöses dagstidningar, magasin och sociala medier med hälsobudskap, trots detta är ohälsosamma levnadsvanor vanliga i den svenska befolkningen. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana när det kommer till tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018a). Tillsammans bidrar dessa ohälsosamma levnadsvanor med cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige. Eftersom högt blodtryck, höga blodfetter och fetma är riskfaktorer som i många fall orsakas av ohälsosamma levnadsvanor innebär det att betydelsen av dessa ohälsosamma levnadsvanor underskattas (Socialstyrelsen, 2018a). Många individer upplever att det är svårt att förändra och bibehålla nya hälsosammare vanor då det ofta krävs stora förändringar i vardagen. Eftersom alla individer har olika förutsättningar och det inte finns en metod som passar alla behöver var och en hitta sitt sätt att förändra negativa hälsobeteenden (Livsmedelsverket 2018). För att lyckas med det krävs stöd som syftar till att främja de psykologiska behoven autonomi, kompetens och social tillhörighet (Deci & Ryan, 2000).

Som ett led i Socialstyrelsens strategi att öka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom sjukvården startade Västra Götalandsregionen det internetbaserade projektet Hälsocoach online (HCO). Syftet med projektet är att uppnå en mer jämlik hälsa och vård samt fungera som ett komplement till sjukvården där klienter får stöttning i form av coaching som rör deras levnadsvanor.

Trots HCOs aktiva engagemang kring sina klienter är det många som inte slutför coachningen (Hälsocoach online, 2019). På uppdrag av HCO syftar studien till att undersöka vilka erfarenheter och upplevelser som finns kring tjänsten, vad som är anledningarna till avbruten coaching samt om de tre psykologiska behoven tillgodoses under coachningsperioden. Förhoppningen med denna studie är att kunna bidra med ny kunskap som gör att HCO kan hjälpa sina klienter till hälsosamma vanor.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att lyfta fram erfarenheter och upplevelser som Hälsocoach onlines klienter har kring tjänsten samt att undersöka varför klienter väljer att avbryta coachningen.

- Hur beskrivs motivationen hos de klienter som avbrutit respektive de som fullföljt coachningen?
- Vad är anledningarna till avbruten coaching?

# Bakgrund

## Hälsocoach Online

HCO startades under 2017 på uppdrag av Västra Götalandsregionen som ett projekt för att förbättra levnadsvanorna i Södra Älvsborgssjukhus upptagningsområde. Det kostnadsfria projektet har nu utökats och är tillgängligt för personer hela Västra Götalandsregionen. Coachningen riktar sig till personer från 16 år inom Västra Götalandsregionen och sker via videoverktyget Visiba Care där klienterna kan boka sin tid själv, skicka meddelanden och utföra sitt hälsosamtal (Hälsocoach online, 2019). Klienterna kan boka tid för coaching på eget initiativ eller om de fått hälsoråd från hälso- och sjukvården. Av de klienter som söker sig till HCO är 82 procent kvinnor och 18 procent män. Den vanligaste levnadsvanan att söka stöd för är matvanor tätt följt av fysisk aktivitet medan färre söker stöd för konsumtion av tobak och alkohol (Hälsocoach online, 2019).

På HCO arbetar tre stycken hälsocoacher med akademisk bakgrund. Hälsocoacherna erbjuder klienten hälsosamtal via videolänk för att möjliggöra stöttning till beteendeförändring. Rådgivningen är evidensbaserad och sker utifrån individens behov. Coachingperioden varierar men omfattar vanligtvis mellan 2-4 månader, eller 4-6 tillfällen. Coachningen syftar till att förbättra klientens levnadsvanor vad gäller fysisk aktivitet, alkoholvanor, matvanor och tobak. Hälsocoachen fokuserar på en levnadsvana i taget och utgår från hälso- och sjukvården samt de nationella riktlinjer som finns kring levnadsvanor (Hälsocoach online, 2019).

Hälsocoachen använder sig delvis av motiverande samtal, vilket betyder att det är klientens egen syn på situationen som står i centrum. Hälsocoachens uppgift är att lyssna och motivera klienten till att vilja göra förändringar under coachningens gång (Miller & Rollnick, 2010). Eftersom hälsocoachen tar hänsyn till klientens värderingar, prioriteringar och erfarenheter, läggs stor vikt vid att klienten känner autonomi (självbestämmanderätt), hellre än att klienten i fråga blir tillsagd vad hen skall göra. Dock är coachen fortfarande det styrande bollplanket i samtalet och har som mål att klienten skall göra förändringar till det bättre. Det krävs därför en balans i samarbetet mellan coach och klient (FHI, 2009).

Efter avslutad coaching har HCO kunnat uppmäta en förbättring av den levnadsvana klienten sökte för eftersom fler skattar sin hälsa högre än innan coachningen påbörjades. Då många levnadsvanor är starkt sammankopplade brukar de flesta göra förbättring på flera områden, särskilt förenade är kost och fysisk aktivitet (Hälsocoach online, 2019). Trots att många är motiverade till att göra förändringar i sina levnadsvanor är det vanligt med avbrott bland de klienter som deltar i coachningen. Enligt Hälsocoach online (2019) har 43 procent, sedan augusti 2017, valt att avbryta i förtid. Det är därför viktigt att ta reda på om coachningen tillgododser de psykologiska behoven som skapar autonomistyrd motivation samt vilka mekanismer som ligger bakom.

## Tidigare forskning

### Levnadsvanor

De personer som varken röker, snusar eller konsumerar stora mängder alkohol, är tillräckligt fysiskt aktiva och äter hälsosamt, lever i genomsnitt 14 år längre än de som har dessa ohälsosamma levnadsvanor (Khaw, Wareham, Bingham, Welch, Luben & Day, 2008). Dessa fyra levnadsvanor är också de vanor som bidrar allra mest till den totala sjukdomsördan i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2018a). Beräkningarna tas fram av WHO och Världsbanken för att kunna undersöka och jämföra vilka sjukdomar som till störst del orsakar ohälsa. Vid beräkning av de sjukdomsördor som leder till mest ohälsa tas inte hänsyn till andra riskfaktorer som högt blodtryck, höga blodfetter och fetma, vilket i de flesta fall orsakas av ohälsosamma levnadsvanor. Detta innebär att betydelsen av ohälsosamma levnadsvanor underskattas (Socialstyrelsen, 2018a).

Enligt WHO kan en förbättring av levnadsvanor förebygga 30 procent av all cancer, det mesta av all kranskärslsjukdom och stroke samt förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes (Socialstyrelsen, 2018a). Även de som redan drabbats av sjukdom har goda chanser att göra stora hälsovinster genom att förbättra sina levnadsvanor. Exempelvis kan den som drabbats av akut kranskärslsjukdom minska risken för nya hjärt-och kärlländelser med 74 procent redan efter sex månader om man slutar röka, börjar äta hälsosamt och motionerar regelbundet (Socialstyrelsen, 2018a).

### Matvanor

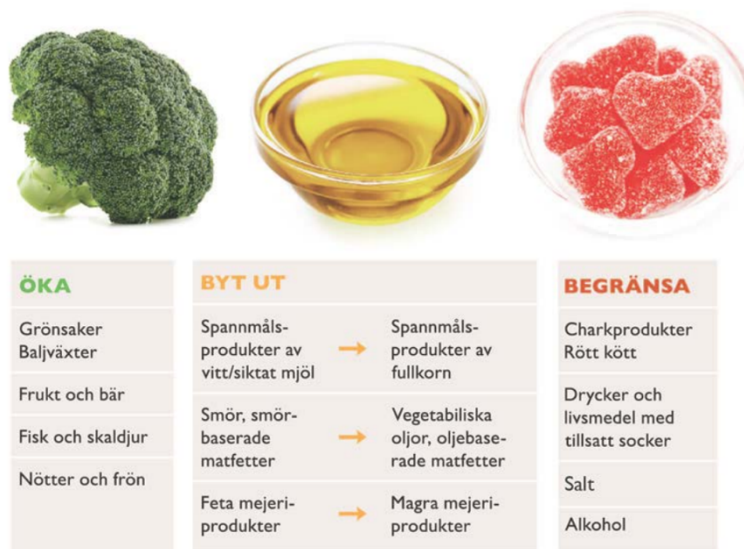
Sedan 1980-talet har matvanorna i den svenska befolkningen blivit bättre, men är fortfarande långt ifrån tillfredsställande (Livsmedelsverket, 2010). Exempelvis är det endast två av tio som når upp till det rekommenderade dagsintaget av 500 gram frukt och grönt. Vidare visar Livsmedelsverket (2010) att endast nio av tio når upp till det dagliga intaget av fullkorn. Statistik visar även att 15 procent av det totala energiintaget kommer från sötade livsmedel såsom godis, läsk, bakverk och snacks (Livsmedelsverket, 2010). I samhället ökar medelvikten och under år 2018 uppgav 51 procent av Sveriges befolkning i åldrarna 16-84 att de har övervikt eller fetma (Folkhälsomyndigheten, 2019a). Övervikt och fetma bidrar till en hög risk att drabbas av flera sjukdomar såsom typ 2-diabetes, högt blodtryck samt hjärt-och kärlsjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Vad man har för matvanor har en betydande roll när det kommer till att hålla vikten och på så sätt förebygga eventuella sjukdomar. Livsmedelsverket (2012) har utifrån samlad vetenskaplig evidens tagit fram fyra generella kostråd som syftar till att förbättra hälsan och välbefinnandet i den nordiska befolkningen (*se figur 1*):

- *Minska energitätheten, öka näringstätheten och förbättra kolhydratkvaliteten*  
Vegetabiliska livsmedel som är rika på fiber, såsom grönsaker, frukt och baljväxter har normalt sett en lägre energitäthet och bör prioriteras över en kost som innehåller en hög andel animaliska livsmedel. Spannmålsprodukter av fullkorn och fullkornsmjöl såsom bröd, flingor, gryn, pasta och ris av fullkorn, har en lägre energitäthet och bör prioriteras över livsmedel av raffinerade spannmålsprodukter och siktat mjöl.

Livsmedel som innehåller en hög andel fett och tillsatt socker såsom kakor, godis, snacks vissa frukostflingor, glass och vissa mjölkprodukter innehåller normalt sett en hög energitäthet och bör därför begränsas. Även sötade drycker bör begränsas för att minska näringstäthet och tillsatt socker.

- *Förbättra kostens fettsammansättning genom att balansera intaget av fettsyror*  
Fet fisk, nötter, frön, vegetabiliska oljor och matfetter som innehåller essentiella och omättade fettsyror kan med fördel väljas över animaliska produkter med hög fetthalt och hög andel mättade fettsyror. Feta mjölkprodukter bör bytas ut mot magrare alternativ för att bibehålla näringstäthet men förbättra fettsammansättningen.
- *Begränsa mängden processat kött och rött kött*  
Konsumtionen av processat rött kött bör begränsas och istället bytas ut mot magrare alternativ för att förbättra fettkvaliteten och sänka energitätheten.
- *Begränsa användningen av salt i livsmedel och vid tillagning*  
Många färdigberedda livsmedel innehåller en stor mängd salt. Därför bör dessa livsmedel begränsas genom att välja alternativ med lägre salthalt samt minska mängden salt vid matlagning.



Figur 1. Förändringar i matvanorna som kan främja energibalans och långsiktig hälsa i de nordiska befolkningarna. (Livsmedelsverket, 2012)

För att förebygga och minska ohälsosamma kostvanor har sjukvården sedan 1980-talet erbjudit hälsosamtal med syftet att förebygga och minska de stora folksjukdomarna hjärtinfarkt, stroke och diabetes (Socialstyrelsen, 2018b). Socialstyrelsen bedömer dock att det preventiva arbetet behöver prioriteras i högre utsträckning.



## **Fysisk aktivitet**

Trots att många vet att det är bra med regelbunden motion visar statistik att endast 64 procent av befolkningen mellan 16–84 år kommer upp i rekommendationerna (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Många svenskar har ett allt för stillasittandet arbete vilket kan vara en av anledningarna till att 20 procent av den svenska befolkningen sitter ned tio timmar eller mer varje dag (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Rekommendationerna om fysisk aktivitet för vuxna över 18 år är att vara fysisk aktiv minst 150 minuter i veckan (FYSS, 2019). Långvarigt stillasittande bör brytas med korta pauser såsom några minuters bensträckare för att t.ex. öka blodcirkulationen och syreupptagning. Genom att utföra daglig fysisk aktivitet kan bland annat metabola sjukdomar, fall eller benbrott, psykisk ohälsa och förtida död förebyggas. Fysisk aktivitet behöver inte endast bestå av löpning, fotbollsträning eller en runda på gymmet. Även trädgårdsaktivitet, vandring, cykling eller aktiv transport räknas som en form av fysisk aktivitet (FYSS, 2019).

## **Alkohol och tobak**

Andelen personer med en riskkonsumtion av alkohol har minskat totalt i befolkningen och bland unga i Sverige men ökat bland äldre (Socialstyrelsen, 2018a). År 2018 angav 16 procent av befolkningen mellan 16-84 år att de har en riskkonsumtion av alkohol (Socialstyrelsen, 2018a). Vad gäller rökning har andelen personer som röker dagligen minskat i Sverige, men ändå anger fortfarande sju procent att de använder tobak varje dag (Folkhälsomyndigheten, 2019c). Alkohol och tobak är två av de riskfaktorer som bidrar till en stor del av sjukdomsburden i Sverige med bl.a. förhöjd risk för fysiska, psykiska och sociala skador. Rökning är dessutom den enskilt största riskfaktorn för sjukdomar som cancer, kronisk respiratorisk lungsjukdom och diabetes (Folkhälsomyndigheten, 2019c). För att förebygga eller behandla riskkonsumtion av alkohol och tobak rekommenderar Socialstyrelsen (2018a) kvalificerade rådgivande samtal där personalen för en personcentrerad dialog med personen i syfte att fungera som ett stöd.

## **Coachning som stöd till beteendeförändring**

Coachning kan fungera som ett stöd till beteendeförändring för den icke-kliniska delen av befolkningen, det vill säga de personer som inte har akut fysiska eller psykiska problem (Gjerde, 2012). Coachning är en förebyggande praktik som syftar till måluppfyllelse, prestationsökning, lärande, växande och utveckling (Gjerde, 2012). Under 1990- och 2000-talet genomfördes en hel del forskning på coachningens effekt som bland annat visade att de flesta som medverkade i studierna hade uppnått varaktig beteendeförändring, bättre självmedvetenhet och förståelse samt förstärkt optimism, självförtroende och förmåga att motivera andra (Gjerde, 2012). Enligt Gjerde (2012) ger coachningen ökat lärande eftersom det autonomistyrda arbetssättet bidrar till ökad reflektion då personerna får tänka igenom och själva utveckla egna idéer.

Idag blir internetbaserad coachning allt vanligare eftersom samhället blir allt mer digitaliserat. Det gör att en allt bredare publik har tillgång till internet och kan söka information för olika ändamål. Till följd av detta blir informations- och kommunikationsteknologi en viktig del i utvecklingen för att nå ut med hälsorelaterade budskap (Ringsberg, Olander, Tillgren, 2014). En studie av Lindberg, Lindberg & Söderberg (2017) visar att det finns en positiv inställning

bland deltagare till att använda sig av webbaserade verktyg för coachning eftersom det anses smidigt och flexibelt. Dessutom uppmärksammar Bus, Peyer, Bai, Ellingson, & Welk (2018) att coachning som sker online kan vara lika effektiv som vid en fysisk träff, när det kommer till att göra förändringar i levnadsvanor.

I en studie av Hardcastle & Hagger (2011) ser man att individer som vill lyckas med en beteendeförändring behöver stöd som syftar till att främja känslan av självbestämmande. Att ha inflytande och vara delaktig i den egna processen men ändå känna att man får stöd, uppmuntran och feedback är viktiga komponenter för att utveckla tro till den egna förmågan. De flesta individer i studien berättar att man vet *vad* man behöver förändra för att uppnå hälsosammare levnadsvanor, problemet är bara *hur*. Behovet av extern kontroll är därför stort då många individer vittnar om att det är lättare att upprätthålla en förändring om man måste påvisa resultat inför en coach eller annan person. Vidare menar Hardcastle & Hagger (2011) att de individer som bäst lyckats genomföra förändringar i levnadsvanor har fått konsultation som utgått från individens unika situation och som känts informell och avslappnad, de har känt att de verkligen blivit lyssnade på vilket i sin tur har ökat känslan av samhörighet. Dessutom visar forskning att patienter med typ 2-diabetes känner stor meningsfullhet och motivation till att göra förändring i en eller flera levnadsvanor. Deltagarna i studien kände stor glädje av den ökade motivationen. Hinder som deltagarna upplevde var främst hälsorelaterade problem, tidsbrist eller bristande intresse för träning (Korkiakangas, Alahuhta, Husman, Keinänen-Kiukaanniemi, Taanila & Laitinen, 2011).

Den stora sjukdomsöverskottet som råder skapar osäkerhet om den svenska hälso- och sjukvården kommer klara de kommande årens vårdbehov. På grund av detta görs nya satsningar för att förebygga sjukdomar, göra vården mer effektiv men även underlätta för den enskilda individen att ta mer ansvar för sin egen hälsa (Ringsberg, m.fl. 2014).

## Teorier och bärande begrepp

### Salutogenes

Begreppet salutogenes myntades för första gången av Aaron Antonovsky (2005) och innebär att se något utifrån hur hälsan kan stärkas och förebyggas, hellre än att behandla i ett senare skede. Det salutogena synsättets motsats är det patogena synsättet som främst används inom sjukvården. I det patogena synsättet finns inte samma förebyggande perspektiv då fokus riktas mot det som framkallar och behandlar sjukdom. Det patogena perspektivet ställer frågan "Varför blir man sjuk, hur behandlar vi sjukdomen?", medan det salutogena perspektivet frågar sig "Vad är det som bidrar till friskhet, hur framhäver vi friskfaktorer?" (Antonovsky, 2005). Grunden för det hälsofrämjande synsättet är att tillämpa det salutogena perspektivet för de individer som behöver coachning för en särskild levnadsvana.

### Motivation

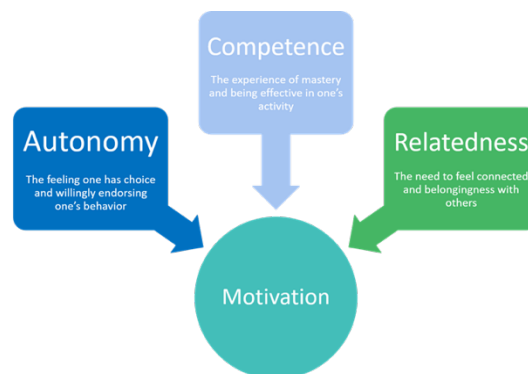
Motivation påverkas av både biologiska, kognitiva och sociala förlopp och fungerar som en drivkraft (Gjerde, 2012). Det hjälper oss att hålla intresset uppe, att prestera och producera, vilket är värdefullt när det kommer till att göra beteendeförändringar. Om vi vet vad som påverkar individers känsla av motivation har vi också möjlighet att hjälpa dem att öka motivationen och därmed sitt resultat (Gjerde, 2012). Två av de motivationsteorier som har

visat sig fungera som underlag för beteendeförändring är Self Determination Theory och Health Belief Model (Fall, Izaute & Chakroun-Baggioni, 2018).

### *Self Determination Theory*

De amerikanska forskarna Ryan och Deci (2000) utvecklade motivationsteorin Self Determination Theory (SDT) där man skiljer på yttre och inre motivation. Yttre motivation innebär att vårt beteende drivs av en belöning som kommer utifrån i form en bonus eller av uppskattning från andra. När det kommer till inre motivation ligger belöningen istället i själva aktiviteten samt i känslan av att känna autonomi (självbestämmande) och kompetens inför uppgiften och genomförandet. En arbetare kan då exempelvis utföra en extra arbetsuppgift eftersom det upplevs intressant, givande och glädjande (Gjerde, 2012).

Den inre motivationen anses därför vara den viktigaste för lärande, utveckling och prestation (Gjerde, 2012). Ryan & Deci (2000) menar dock att den inre motivationen är svår att bibehålla eller öka och mattas lätt ut om individen vistas i icke-stödjande miljöer. Vidare menar de att SDT inte försöker förklara orsakerna till inre motivation utan snarare vad som lockar fram och vidmakthåller samt förtrycker och förminskar den. Inre motivation kräver därför stödjande miljöer och är ett resultat av tre grundläggande mänskliga behov (*se figur 2*): *Autonomi* eller självbestämmande som innebär att individen får utrymme att själv bestämma över sina handlingar och sin utveckling utifrån de individuella behoven. *Kompetensupplevelse* innebär känslan att kunna bemästra uppgifter samt att vara medveten om sina egna inre resurser för att på så sätt kunna locka fram sina starka sidor. Genom att handla i överensstämmelse med sin inre övertygelse kan man fokusera på lärande, möjligheter och lösningar snarare än svagheter, fel och brister (Gjerde, 2012). *Tillhörighet* innebär känslan av samhörighet och närhet till andra människor. Den inre motivationen utvecklas i miljöer av social meningsfullhet, där individen upplever gemenskap och trygghet (Ryan & Deci, 2000).



*Figur 2. Self Determination Theory (University of Rochester Medical Center, 2019).*

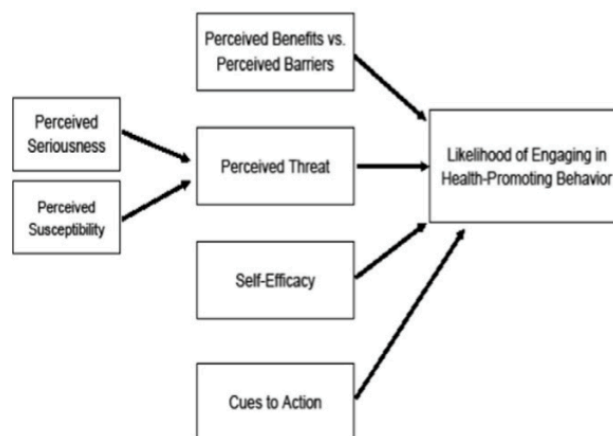
### *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) utvecklades på 1950-talet av psykologerna Hochbaum, Rosenstock och Kegels med syftet att kunna förutsäga och förstå hälsorelaterade beteenden bland patienter inom sjukvården (U.S. Department of Health and Human Services, 2005). Modellen har kommit att bli en av de mest använda ramverken för att förstå både kort- och långsiktiga förändringar i hälsobeteenden. Modellen (*se figur 3*) utgår från att människors beteende och motivation styrs av de föreställningar man har om hälsa och sjukdom, vad man

upplever för fördelar och nackdelar med att agera samt vilken tro man har till den egna förmågan (U.S. Department of Health and Human Services, 2005).

Huruvida individer väljer att agera förebyggande, behandlande eller inte alls beror enligt HBM på sex faktorer:

- *Perceived susceptibility* - De upplever en risk att förvärva en sjukdom.
- *Perceived severity* - De upplever en hög allvarlighetsgrad av sjukdomen i fråga.
- *Perceived benefits & perceived barriers* - De upplever att fördelarna med agerandet eller behandlingen är större än nackdelarna.
- *Self-efficacy* - Tror på den egna förmågan att lyckas genomföra en förändring.
- *Cues to action* - Faktorer som stimulerar till att agera (U.S. Department of Health and Human Services, 2005).



Figur 3. Health Belief Model (Hamrin, Sinclair, & Gardner, 2017).

## Metod

### Design

Till denna studie valdes en kvalitativ ansats eftersom det ger en djupare bild av respondenternas upplevelser och erfarenheter samt tar fram unika tankar och perspektiv som annars hade varit svåra att upptäcka (Bryman, 2011; Kelly, 2010). HCO hade sedan tidigare skickat ut enkäter till klienter med syfte att utvärdera tjänsten, dessa har dock inte varit tillräckligt informativa varför skribenterna fått i uppdrag att göra ett nedslag i klienternas subjektiva verklighet. Bryman (2011) menar att intervjuer är den mest användbara metoden i kvalitativa studier eftersom det bidrar till fylliga och detaljerade svar hellre än generalisering som är målet i kvantitativ forskning. Semistrukturerade intervjuer valdes därför som metod för den aktuella studien eftersom djupa informativa svar eftersträvades.

Den aktuella studien bygger på en blandad induktiv och deduktiv ansats. Frågeställning ett har en deduktiv inriktning och har kopplats till SDT som också är utgångspunkt för intervjuguide och dataanalys. SDT valdes eftersom HCOs arbetssätt grundar sig i denna teori.

Frågeställning två är induktiv där teorier genererats utifrån forskningsresultaten. Analysen som använts i den aktuella studien var tematisk analys. Ur det som kunde urskiljas i analysen formulerades teman som kopplades till SDT eller valda delar ur HBM.

## Urval

Studiens urval bestod av nio personer, varav fyra stycken som valt att avbryta coachningen och fem personer som valt att fullfölja. Skribenterna hade inte inflytande över urvalet i studien eftersom klienternas personuppgifter är sekretessbelagda. Detta ledde till att Hälsocoach online ansvarade för att skicka ut förfrågan om deltagande i studien. Totalt kontaktades 40 personer via mejl varav nio personer svarade, fem som fullföljt coachningen respektive fyra som avbrutit. De klienter som avbrutit sin coachning har avslutat mellan oktober 2018 - april 2019. Från början var syftet med studien att endast studera motivationen hos de klienter som avbrutit coachningen men eftersom det var en alltför låg svarsfrekvens från de som avbrutit, togs beslut om att studien skulle innefatta både fullföljare och avbrytare. Vidare bestämdes att studiens urval skulle innefatta de som först anmälde sig. Därefter tog skribenterna vidare kontakt med respondenterna via telefon för att boka in ett möte. Alla respondenter identifierade sig som kvinnor och var i åldrarna 35-65, vilket gav en genomsnittsålder på 49 år. Variationen i sysselsättning var bred och bestod av både arbetare, sjukskrivna och pensionärer. Vi har valt att kalla deltagarna i studien *klienter* när de benämns utifrån HCOs perspektiv och sedan övergått till att kalla dem för *respondenter* när studiens resultat presenteras och diskuteras.

## Datainsamling

Studien genomfördes genom kvalitativa intervjuer av semistrukturerad karaktär för att möjliggöra en viss form av standardisering med utrymme för vidareutveckling av svar som uppfattats som särskilt relevanta. En intervjuguide utformades (*se bilaga 1*) av skribenterna. I samråd med HCO samt skribenternas handledare reviderades intervjuguiden på nytt för att säkerställa att alla frågor var relevanta. Frågor av öppen karaktär formulerades i förväg men också en del följdfrågor, även om den kvalitativa intervjun syftar till att skapa ett avslappnat samtal mellan respondent och skribenter för att få ett så rikt textmaterial som möjligt (Kelly, 2010). Frågorna utformades efter studiens syfte och frågeställningar samt kopplades till SDT.

Enligt Kelly (2010) är det viktigt att respondenterna känner sig bekväma och trygga, därför fick de själva bestämma vilken tid och plats som passade dem bäst. Information gavs till respondenterna att intervjuerna skulle ta mellan 30-60 minuter. Intervjuerna utfördes på olika platser i Västra Götalandsregionen: en intervju hölls hemma hos respondenten medan de andra åtta antingen hölls på café, bibliotek, vid universitetet eller över telefon. Intervjuer över telefon kan enligt Bryman (2011) vara fördelaktiga eftersom de oftast är mer tidseffektiva samt ger respondenten en känsla av trygghet eftersom intervjun kan ske på en plats som passar hen bäst. Som förutspått blev telefonintervjuerna kortare än de som hölls vid ett fysisk möte. Alla intervjuer spelades in med två mobiltelefoner och två datorer, för att säkerställa att inget inspelat material gick förlorat. Innan intervjuerna påbörjades gavs detaljerad information

till respondenterna i form av ett informationsbrev (*se bilaga 2*), om hur intervjun skulle gå till. Respondenterna var medvetna om att de när som helst fick avbryta sin medverkan och att de förblir anonyma (Vetenskapsrådet, 2002).

Relevant litteratur från tidigare forskning samlades in från Göteborgs Universitetsbibliotek samt PubMed. Sökord som användes var “coaching”, “online coaching”, “hard to reach population”, “drop-out”, “non-completers”, “completers”, “motivation”, “health belief model” och “self determination theory”. Databasen SAGE Research Methods användes för att söka litteratur kring metod. Sökord som användes för metod var “qualitative interviews” och “thematic analysis”, “self determination theory” och “health belief model”.

## Databearbetning och analys

Intervjuerna transkriberades till text och sådant som inte tillförde betydelsefull information togs bort, såsom pauser och skratt. De transkriberade intervjuerna anonymiserades och ersattes sedan med ett slumpmässigt nummer för att säkerställa att kraven på sekretess uppfylldes (Vetenskapsrådet 2002). De fem klienter som fullföljt sin coachning ges beteckningen F1-F5 och de klienter som valt att avbryta coachningen ges beteckningen A6-A9.

En blandad induktiv och deduktiv tematisk analys valdes sedan som grund för att utföra analysen. Enligt Clarke & Braun (2013) kan tematisk analys användas vid studier om individers egna upplevelser eftersom det är en grundläggande metod för lite såväl som omfattande material. Tematisk analys är enligt Clarke & Braun (2013) en flexibel och användbar metod som ger stor frihet i val av teman i texten och kan även ge en detaljerad, rik och komplex data. Braun & Clarke (2006) menar även att de olika stegen i analysprocessen behandlas olika beroende på om det är ett induktivt eller deduktivt angreppssätt, det viktigaste är att följande steg förekommer:

- Sätta sig in och få kunskap om sitt material.
- Hitta och bearbeta fram koder ur innehållet.
- Söka efter generella och relevanta teman i texten.
- Granska och analysera teman ytterligare.
- Definiera teman.
- Knyta ihop och göra kopplingar till vad man kommit fram till.

Eftersom frågeställningarna hade olika ansatser såg processen annorlunda ut beroende på vilken av de två frågeställningarna i studien som behandlades. När frågeställning ett analyserades användes en deduktiv ansats. Skribenterna utgick från de tre behoven för motivation som beskrivs i SDT samt valda delar ur HBM när textmaterialet undersöktes. Sådant som flera respondenter återkom till i intervjuerna bildade subteman som kategoriserades i enlighet med SDT. Vid användandet av en deduktiv metod bör man enligt Odgers-Jewell, Isenring, Thomas & Reidlinger (2017) använda sig av förutbestämda koder och kategorier som härleds från en eller flera relevanta teorier, i detta fall utifrån SDT och HBM. När frågeställning två analyserades användes en induktiv ansats vilket innebar att teman formulerades utifrån textmaterialet. Skribenterna identifierade teman utifrån ämnen

som förekom ofta under intervjuerna.

Under genomförandet av analysen noterades att resultatet inte kunde stödjas helt mot SDT utan behövde kompletteras med ytterligare teorier kring beteendeförändring och motivation. Enligt Fall m.fl. (2008) kan det i vissa fall vara en fördel att kombinera teorier som behandlar autonomi och self-efficacy, exempelvis SDT och HBM. De komponenter som saknades kunde därför kompletteras med valda delar ur HBM. Dessa utgjordes av risk för sjukdom, fördelar och nackdelar med att agera, self-efficacy och tron på den egna förmågan samt faktorer som stimulerar till att agera. Vid analys av textmaterialet delades respondenter som fullföljt respektive avbrutit coachningen upp i två grupper för att kunna jämföra och se skillnader i motivation.

## Etiska överväganden

Enligt vetenskapsrådet (2002) skall fyra grundläggande huvudkrav följas för att uppfylla individskyddskravet. Denna studie tar därför hänsyn till informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att respondenterna skall delges information om vad deras uppgift är och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Därför fick respondenterna information kring studiens syfte och hur den kommer att genomföras både via telefon och mejl. I de fall när intervjun skedde via en fysisk träff fick respondenten ett informationsbrev med samma information som de blev ombudade att läsa igenom igen. I de fall intervjuerna istället skedde via telefon fick respondenterna informationen muntligt. Samtyckeskravet innebär att respondenterna själva valt att delta i studien samt att de inte ska innebära negativa konsekvenser för respondenterna. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter som lämnas skall behandlas på ett sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående, detta gäller särskilt sånt som rör etisk känsliga uppgifter. Respondenterna meddelades att deltagandet var frivilligt, att de när som helst kunde avbryta utan motivering samt att alla svar kommer att behandlas konfidentiellt. För att säkerställa respondenternas konfidentialitet raderades de inspelade intervjuerna efter att transkriberingen var genomförd, därefter anonymiserades intervjuerna och namn ersattes av nummer. Slutligen innebär nyttjandekravet att de insamlade personuppgifterna inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002).

## Resultat

Analysen av respondenternas erfarenheter och upplevelser resulterade i två övergripande teman; *motivation* och *anledning till avbruten coachning*, som motsvarar de frågeställningar som studien bygger på. Temat *motivation* utgår från alla nio respondenternas (F1-F5 samt A6-A9) upplevelser och har tilldelats tre underteman; autonomi, kompetens och social tillhörighet. Temat *anledning till avbruten coachning* utgår från de fyra respondenter som avbrutit sin medverkan (A6-A9) i HCO. Temat har tilldelats fem underteman; identifierar sig inte som avbrytare, bristande kontroll, tidsbrist, ingen ny kunskap tillfördes och avsaknad av tillhörighet.

## Motivation

Analysen av det insamlade materialet från alla respondenter har kopplats till SDT som utgår från; autonomi, kompetens och social tillhörighet, som speglar respondenternas motivation. Analysen har också kopplats till valda delar ur HBM.

### Autonomi

De flesta av respondenterna hörde talas om HCO via sociala medier men även via vårdcentraler, annonser i tidningar eller från anhöriga. Många menar att de inte hade så höga förväntningar på tjänsten utan kände att det var något man kunde tänka sig att testa och avsluta om det inte kändes rätt vilket illustreras av en av respondenterna:

Jag tänkte att det här får jag prova. Nej, jag hade inte så stora förväntningar men man kan ju våga en gång och se vad det utmynnar i. Och tycker man inte om det så får man ju tacka för sig. (Respondent F1)

Många respondenter är medvetna om att de behöver göra en förbättring av sina levnadsvanor för att undvika eller inte förvärra sjukdom men upplever att en beteendeförändring är svår att genomföra på egen hand. Därför upplever respondenterna att HCO fungerar som en morot till att komma igång samtidigt som det är värdefullt att ha någon att diskutera hälsorelaterade problem och lösningar med. De som inte riskerar sjukdom har haft benägenhet att avbryta coachningsperioden i förtid. De respondenter som upplever någon form av hälsohot såsom risk för sjukdom, smärta eller andra typer av fysiska förändringar tenderar att ha hög motivation under coachningens gång. Respondent F5 berättar:

Jag ville komma ur den onda cirkeln, och jag sökte ju för att må bättre och att få bättre sockervärdet, det var ju själva huvudmålet.

De flesta respondenter uppskattar upplägget och flexibiliteten med coachningen. Att få vara med och bestämma när coachningen ska äga rum samt kunna ansluta sig till samtalet via videolänk gör tjänsten mer lättillgänglig och är därmed något som respondenterna upplever att man hinner med. Många respondenter anser sig delaktiga i samtalet tillsammans med hälsocoachen. Det är tydligt att respondenterna inte blir styrda av hälsocoachen utan beslut om eventuella åtgärder fattas gemensamt, vilket stärker respondenternas känsla av autonomi. Detta beskrivs av två respondenter:

Det var ju så generöst för det var ju så att man själv fick bestämma lite grann, och när får man göra det inom sjukvården? Då blir det att "detta hänger faktiskt på mig. (Respondent A9)

...det finns inte ett enda beslut som vi inte har varit överens, och det tror jag är nyckeln till att få en människa till att förändra sig och vara med på banan. (Respondent F5)

I likhet minskar motivationen när respondenterna inte upplever självbestämmande, vilket beskrivs av respondent A7: "Det var hon som planerade det här". Denna respondent upplever att hon inte fick tillräckligt stort inflytande över upplägget och avbröt därmed coachningen.



## Kompetens

De allra flesta respondenter upplever HCO som mer seriöst eftersom det är sjukvården som ligger bakom projektet, då all fakta känns mer pålitligt. Några av respondenterna menar att det känns bra att kunna kontakta en person med gedigen kunskap för att få svar på hälsorelaterade frågor, något som de annars inte upplever erbjuds av sjukvården. Två respondenter menar att:

...det här känns mer seriöst när det kommer från sjukvården än att det är ett gym eller en tidning eller så som håller i det... (Respondent A6)

...det ska inte vara en klassfråga att få hjälp... (Respondent A8)

Innan coachningen påbörjades kände sig flera respondenter osäkra på hur man skulle tänka kring kost och motion och sökte därför mycket information på egen hand, vilket resulterade i ett ökat intresse och fördjupad kunskap om dessa ämnen. Att få inspiration till matlagning och laga nyttig och hälsosam mat var något som de flesta respondenterna tyckte var svårt under coachningens gång och önskade få hjälp med. Något som beskrivs av två respondenter:

Men ja, det är det svåraste i livet, det är mat alltså. Att få mat på rätt tider och rätt kaloriintag och alltihopa det här. Och ofta så är det så att du kan äta det och det och det, men sen att komponera ihop det så känns det ändå som man ska uppfinna hjulet varje dag när vi ska laga mat. Vad ska vi äta? Vad är nyttigt? (Respondent A9)

Egentligen är det väl inte svårt att veta vad som är bra, man vet ju att exempelvis morot och grönkål är bra. Men jag skulle vilja veta exempel på fler bra grönsaker. (Respondent F1)

En del av de respondenterna som anser att de redan hade mycket kunskap kring hälsa innan de påbörjade coachningen på HCO hoppades på att bredda sin kunskap ytterligare. Trots sökandet efter fler lärdomar är det många som upplever att man endast blir påmind om sådant man redan vetat. Bristen på ny kunskap gör att respondenterna känner sig mindre motiverade och därför mer benägna att avbryta sin coachning för att ge plats åt andra som behöver det mer. Flera respondenter anser sig vara mer hälsosamma än andra och återkommer ofta till hälsorelaterade problem i samhället och vad andra skulle kunna gynnas av, som beskrivs av två respondenter:

Det finns många som behöver hjälp så att jag kan tycka att göra plats till andra så man inte tar plats, utan ger till andra...Det är nog många som sitter på alldeles för lite kunskap. (Respondent A8)

En promenad en kilometer kan ju vara något jättestort för någon, men det kan ju jag jogga liksom. Just om man vill ha upp hälsotänket, så där ser jag ju en jättenytta. Att sporra folk att göra någonting. (Respondent A9)

Däremot är det inte alla respondenter som upplever att de har haft mycket kunskap kring hälsa, kost och motion. Några menar snarare att de haft väldigt dålig uppfattning om hur man lever hälsosamt. För dem har HCO bidragit med mycket ny kunskap som påverkat dem att förändra sina levnadsvanor till det bättre, vilket resulterat i en högre självskattad hälsa samt förbättrad fysisk hälsa såsom lägre blodsockervärden, vikttnedgång etc. Respondenterna

beskriver att känslan av att lära sig mer och att ta kontroll över den egna hälsan bidrar till ökad motivation. När det sista mötet med hälsocoachen börjar närma sig är det därför många som känner oro och osäkerhet kring hur man skall fortsätta på egen hand och efterfrågar därför konkreta tips på hur de ska klara av att upprätthålla de nya levnadsvanorna.

Flera respondenter talar om att de söker bekräftelse för sitt beteende, sina vanor och att de gör hälsosamma val. De allra flesta anser sig redan ha gedigen kunskap om hur man lever hälsosamt och genom medverkan i HCO söker de intyg på att de gör rätt. Detta förklaras av respondent F1: "Ja, jag åt ju rätt bra innan. Så jag är nog rätt bra på det, men det är ju en bekräftelse på att jag väljer rätt". Flera respondenter återkommer till hur stor betydelsen är att ha hälsocoachen som ett bollplank eftersom det är svårt att sälla bland informationen som sprids i media. De menar även på att det känns skönt att kunna fråga hälsocoachen sånt som de inte annars hade frågat vårdcentralen, respondent A6 berättar: "Du ringer inte vårdcentralen och frågar: Hej, är det okej att man gör såhär?".

Många menar att man innan medverkandet i HCO satt upp alldeles för höga mål för sig själv vilket resulterat i en känsla av övermäktighet som tillslut gjort att man valt att avbryta. Förändringen har tagit för mycket tid och energi att upprätthålla vilket medfört att respondenten tappat lusten och återgått till gamla vanor. Att känna att man klarar av de mål man satt upp har ökat känslan av motivation hos respondenterna. I många fall har de även överträffat målen när de känts överkomliga och lustfyllda som beskrivs av respondent F1: "...hon började ju väldigt försiktigt med träningen. Jag hade ju högre mål hela tiden, men det ska inte vara strävt utan man skall kunna ordna det och det ska vara roligt och lustfyllt." Respondent F3 är en av de som beskriver att man tillsammans med hälsocoachen utgår från enkla och individanpassade mål som känns hanterbara:

Jag fick även tre enkla regler som jag kunde tänka på till nästa gång vi träffas. Hela tiden har det känts rimligt för mig och att det är ett mål men det är rimligt att komma dit...men nu har jag sett att om man går små myr-steg så kan man ändå göra stora förändringar.

## **Social tillhörighet**

En beteendeförändring kräver mycket arbete och flera respondenter förklarar svårigheten i att bryta gamla vanor. Man behöver kämpa mot känslor av trötthet, olust och stress för att kunna överkomma de hinder som uppkommer vid förändring av slentrianmässiga beteenden. I många fall är det svårt att påverka en trytande motivation. Särskilt svårt kan det vara när andra individer i familjen sätter käppar i hjulet genom att exempelvis uttrycka missnöje kring ny mat som serveras i hemmet, vilket illustreras av respondent A6:

Ja, för min motivation skall ju både räcka till mig och övriga i familjen och det är ju inte alltid som man känner att man orkar motivera dem också.

Det är därför viktigt för flera av respondenterna att känna samhörighet med hälsocoachen och kunna utbyta tankar och känslor kring förändringsarbetet. Många menar att de är i behov av stöttning och sympati, ett bollplank som bidrar med nya perspektiv. Detta förklarar respondent F4:

Jag fixar det nog inte själv, jag måste ha något stöd, någon hjälp, push, idéer och infallsvinklar vad jag kan göra. Avdramatisera det hela för det blir ju stort och dramatiskt. Jag måste ha ett bollplank, vad som helst.

Merparten av deltagarna återkommer till att de önskat mer övervakning och kontroll av sin hälsocoach. De upplever att det varit lättare att genomföra sin planering när man vetat att man behöver stå till svars för sina handlingar vid nästa coachningstillfälle. Däremot saknar de annan uppföljning som de menar hade gett upphov till mer motivation. Eftersom flera respondenter medverkar i HCO för att förbättra sina kliniska värden såsom exempelvis blodtryck och blodsocker, anses det viktigt att kontrollera hur mycket man rör på sig, hur mycket man äter och eventuell viktnedgång. Respondent A9 och F2 berättar:

Kanske varit några mätetal eller någonting. Vad det nu kunde vart, eller att man rapporterar in, att man har något rapporteringsverktyg.

...jag har väl inte gått ner så mycket i vikt men jag har sänkt min blodtrycksmedicin, för mig är det en större vinst.

Några av respondenterna saknar fysiska träffar med hälsocoachen eller med andra klienter som deltar i HCO. De menar att känslan av att tillhöra en grupp med ett gemensamt mål skulle kunna bidra till en ökad lust att upprätthålla de nya vanorna. Andra menar att en Facebookgrupp, där man kan diskutera tillsammans med andra samt dela recept, tips och inspiration skulle kunna öka motivationen, som respondent F2 beskriver: "En annan sida som skulle kunna bli en grupp, en Facebook sida eller så." Några respondenter uttrycker även en önskan om att hälsocoachen skulle kunna vara med på en aktivitet eller att flera klienter deltar i ett gruppträningspass tillsammans för att uppmuntra varandra till rörelse samt få nya vänner. Känslan av att vara i ett sammanhang och tillhöra en grupp verkar därför öka motivationen hos respondenterna.

Men det ultimata skulle kunna vara att man hade, att följa med patienten på någon av de här aktiviteterna. När vi snackar promenader, vad är det för promenad du gör, kan jag hänga på en promenad du gör. (Respondent A9)

Även om coachningen inte sker via fysiska möten är det många som upplever att själva videofunktionen fungerar bra och att distansen inte skapar stort avstånd i relationen till hälsocoachen. Däremot känner sig inte alla respondenter bekväma med att mötena sker online vilket beskrivs av respondent F4:

Det är svårt att göra sig förstådd, även om det är skype, videosamtal, så är det ju något emellan oss, så vi tappar ju en dimension, det kan man aldrig komma ifrån. Att vi missförstår varandra, att man inte förstår behovet som jag har. Att det blir för platt.

De som känner en låg motivation upplever att relationen ofta är ytlig. De respondenter som känner hög motivation återkommer till att de format starka band till hälsocoachen, respondent F5 berättar: "Hälsocoachen är också jätteduktig på att skapa en trygghet och visar att hon

känner igen sig i det hon berättar. Hon har alltid varit så otroligt förstående, hon har aldrig dömt mig.”

## Anledning till avbruten coaching

De fyra respondenter som valt att avbryta sin medverkan under coachningens gång har haft flera anledningar till detta. Fem teman har kunnat urskiljas; *identifierar sig inte som avbrytare, bristande kontroll, tidsbrist, ingen ny kunskap tillfördes och avsaknad av tillhörighet.*

### Identifierar sig inte som avbrytare

Gemensamt för alla respondenter som valt att avbryta coachningen är att de har en positiv inställning till HCO. De betonar hur värdefull tjänsten är för att främja folkhälsan och menar att en ökad marknadsföring kan möjliggöra att fler kan ta del av tjänsten. De flesta har varit nöjda med coachningen och ger olika förklaringar till varför man pausat sin medverkan. Ingen av respondenterna anser sig ha avbrutit i förtid och några menar att de kommer att ta upp coachningen igen när de har mer tid eller känner att de behöver mer guidning vilket illustreras av respondent A8:

Ja men hade jag uttryckt önskemål och sagt att jag ville ha något vidare så hade det nog gått, men nu har jag låtit det vila lite, jag har ju hennes mailadress så det kan hända att jag går direkt och kontaktar henne igen i sådana fall. Det är inget jag känner just nu att det är jobbigt. Det jag var ute efter har jag fått.

### Bristande kontroll

Något som många av de som valt att avbryta återkommer till är bristen på kontroll under coachningens gång. Att få bekräftelse på att de val man gör är rätt samt mäta eventuell viktnedgång eller förändringar i kliniska värden, är något respondenterna saknar i sin medverkan i HCO. Något som respondenterna efterfrågar är tydlighet i planering av upplägg, struktur under mötena samt tätare uppföljningssamtal. Brist på dessa delar är en av anledningarna till att följande tre respondenter avbrutit:

...men hade man haft någon liten bock någonstans och skriva in datum. För man vill ju gärna framstå som lite bättre än vad man är. Har du tränat nyligen? Ja, ja ja för tusan, jag var där förra veckan. Man får det svart på vitt så. (Respondent A9)

Det finns ingen kontroll, man behöver lite kontroll. (Respondent A7)

...så kanske fler mindre uppföljningsmöten där man bara går igenom hur det gått och vad man ska göra framåt. (Respondent 6)

### Tidsbrist

De respondenter som valt att avbryta sin coaching upplever ofta stor brist på tid. Många känner sig stressade och har svårt att nå uppsatta mål. Följande tre respondenter uttrycker sig:

För det är ju tid som skall tas hemifrån. Förutom att jag är borta (på resa med jobb) så ska jag ju träna sen när jag är hemma också. (Respondent A6)

...men tyvärr kunde jag inte fixa en tid för att göra detta. Det var mitt fel.. jag kunde inte hitta en tid som var lämplig. (Respondent A7)

Jag har väl lite dålig tid till att träna och lägga tid på att typ laga mat och sånt, delvis för att jag har en ganska stressig vardag där jag stundtals inte hinner äta överhuvudtaget. (Respondent A8)

Teknologin bakom användandet av tjänsten är något de flesta respondenter upplever att de kan hantera. Dock var det svårt för en av respondenterna att göra en bokning då det blev för krångligt och tidskrävande. Detta ledde till att hon till sist valde att ge upp och struntade i att genomföra fler bokningar:

Jag skulle ju boka ett nytt möte, men när jag skulle göra det så var det svårt att hitta det så då blev det att jag aldrig bokade något mer möte. (Respondent A6)

### **Ingen ny kunskap tillfördes**

Några av de respondenter som valt att avbryta sin coachning upplever att de fått många nya lärdomar genom sin medverkan i HCO. De menar att de lärt sig sätta upp hanterbara mål och därför kunnat fokusera på hur de ska fortsätta på egen hand. Därför känner flera respondenter sig nöjda med den hjälp man fått och därför valt att avsluta coachningen, respondent A6 ger exempel på detta:

“Och det är ju därför som jag inte bokade ett till samtal för nu förstod jag ju vilka verktyg, då kan man ju göra det själv. Vart är det jag vill, hur tar jag mig dit, vilka hinder finns och hur tar jag mig förbi dem.”

En annan anledning till att respondenter valt att avbryta coachningen i förtid är istället upplevelsen av *brist* på ny kunskap. De ansåg att de redan hade mycket kunskap innan coachningen påbörjades och att de endast var i behov av en push i rätt riktning. För dessa respondenter innebar coachningen endast påminnelser av sådant de redan visste vilket gjorde att de tillslut valde att avbryta sin medverkan.

### **Avsaknad av tillhörighet**

Flera av de som avbrutit coachningen menar att de saknar en gemenskap med andra klienter. Genom en Facebookgrupp eller via fysiska möten där man exempelvis skulle kunna ha gemensamma gruppträningspass, ser respondenterna möjligheten att hitta nya vänner. Respondenterna beskriver också att de gärna träffar hälsocoachen för att kunna följa upp resultat, uppmuntra, vägleda eller genomföra ett gemensamt träningspass.

Flera av de som avbrutit coachningen återkommer till känslan av att “ta upp plats”. De menar att de vill ge chansen till andra som kanske behöver coachningen mer än dem vilket bidragit till att de valt att avsluta coachningen. Respondent A9 berättar om sin upplevelse: ”Jag känner mig egentligen inte klar...men känner mig inte värdig att fortsätta eftersom jag inte gjorde det jag skulle under tiden. Då kan lika gärna ge bort min plats till någon annan.”

# Diskussion

## Metoddiskussion

Valet av kvalitativ ansats visade sig vara lämplig i den aktuella studien eftersom syftet var att göra ett nedslag i respondenternas verklighet och studera erfarenheter, upplevelser och känslor (Kelly, 2012). Dessa ämnen kräver ofta ett samspel mellan forskare och respondent eftersom det är undersökningen av respondentens perspektiv, vad de uppfattar som viktigt och betydelsefullt, som är centralt (Bryman, 2011; Widerberg, 2002)). Att skapa en nära relation mellan skribent och respondent blir därför en central aspekt som inte hade varit möjlig i valet av en kvantitativ ansats. Enligt Kelly (2012) är den kvalitativa metoden viktig för att förstå hälsobeteenden och på så sätt kunna utveckla hälso- och sjukvård.

Skribenterna strävade efter ett urval som speglar HCOs population där 18 procent av de medverkande identifierar sig som män och 82 procent identifierar sig som kvinnor (Hälsocoach online, 2019). Till följd av att klienternas personuppgifter är sekretessbelagda var det därför HCO som tog den första kontakten vilket gjorde att skribenterna inte kunde påverka urvalsprocessen. På grund av tidsbrist valde skribenterna att studien skulle innefatta de klienter som först anmälde sig vilket resulterade i ett urval bestående av endast kvinnor. Även om HCOs population till största del består av kvinnor och därför gör att snedfördelningen av kön blir relativt liten hade det däremot varit intressant att studera en eventuell variation mellan könen. Enligt Socialstyrelsen (2019) är det fler män som har ohälsosamma levnadsvanor och enligt Hälsocoach online (2019) finns det skillnader i vilka levnadsvanor man söker hjälp för som kan förklaras av genus. Enligt Bryman (2011) kan följden av ett urvals homogenitet anses vara en svaghet och kan därför ha påverkat den aktuella studiens resultat.

Eftersom skribenterna hade begränsad erfarenhet av att utföra kvalitativa intervjuer lästes relevant litteratur som beskrev tillvägagångssättet. För att öka kvaliteten på studien togs intervjuguiden fram tillsammans med handledaren och diskuterades även i samråd med HCO som fick komma med synpunkter. Därefter reviderades intervjuguiden på nytt. Skribenterna strävade efter att få träffa så många respondenter som möjligt via ett fysiskt möte hellre än över telefon eftersom det ansågs kunna ge mer utförlig information. För att få ett så rikt textmaterial som möjligt var det viktigt att respondenterna kände sig trygga i att prata fritt under intervjun (Kelly, 2010). Det var därför viktigt för skribenterna att respondenterna skulle få välja en plats där de kände sig bekväma samt en tid som passade dem bra. Detta resulterade i att intervjuerna ägde rum på många olika ställen runt om i Västra Götalandsregionen. Trots att det var tidskrävande att köra bil mellan olika städer i Västra Götalandsregionen anser skribenterna att detta gav mer informativa svar och var värdefullt för studien.

Kvalitativa intervjuer visade sig vara en framgångsrik metod för att kunna besvara syftet och frågeställningarna. Som förutspått, blev de intervjuer som hölls vid ett fysiskt möte mer innehållsrika eftersom respondenterna upplevdes avslappnade samt att skribenterna kunde läsa av minspel, kroppsspråk och stämning. Det resulterade i nästan en timme långa intervjuer medan intervjuerna över telefon blev kortare, runt 30 min, där en av anledningarna kan vara att icke-verbal kommunikation saknades (Kelly, 2012).

Eftersom studiens resultat inbegriper en kontextuellt unik miljö och att respondenternas upplevelser inte går att generalisera har skribenterna strävat efter att uppnå största möjliga tillförlitlighet. För att öka trovärdigheten och den interna validiteten i resultaten har skribenterna utfört studien i enlighet med de regler som finns kring god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017). Skribenterna delgav respondenterna viktig information innan intervjuerna skulle äga rum. Detta gjordes genom att mejla ut information kring de fyra etiska principerna vid insamling av data (Vetenskapsrådet, 2002). Respondenterna i studien blev även informerade om att intervjuerna skulle spelas in, vilket godkändes av samtliga respondenter. Under intervjuerna var skribenterna noga med att bekräfta att svaren uppfattats på rätt sätt och upprepade därför många av respondenternas svar för att kontrollera att de förstått innebörden (Bryman, 2011). Detta möjliggjorde att respondenterna ofta gav mer utvecklade svar.

För att öka överförbarheten och den externa validiteten strävade skribenterna efter att uppnå teoretisk mättnad (Bryman, 2011). Till en början var syftet med studien att analysera varför klienter valt att avbryta coachningen men då svarsfrekvensen var låg togs beslutet att även kontakta klienter som fullföljt coachningen. Detta resulterade i att syftet med studien omformulerades till att även studera motivation i de två grupperna vilket bidrog till att skribenterna fick ta del av båda gruppernas upplevelser. Detta tillförde värdefull information och gav en helhetsbild av respondenternas medverkan i HCO. Genom att uppmana respondenterna att detaljerat berätta om sina upplevelser och erfarenheter har fylliga och täta beskrivningar kunnat tas fram (Bryman, 2011). Ett större och mer heterogent urval hade troligtvis ökat överförbarheten ytterligare men skribenterna anser att en teoretisk mättnad uppnåtts i det urval som studien förfogat över.

För att öka pålitligheten och reliabiliteten har skribenterna försökt vara transparenta med tillvägagångssättet och skapat en redogörelse av alla faser i processen - från problemformulering, urval, intervjuguide och dataanalys (Bryman, 2011). Dock kan valet av den tematiska analysen utgöra en svaghet eftersom de teman som framkommit i analysen baseras på skribenternas egna åsikter om vad som varit mest framträdande. Den tematiska analysprocessen är därför svår att få inblick i men också svår att beskriva. Samtidigt är den tematiska analysen en framgångsrik metod eftersom det är ett flexibelt tillvägagångssätt som ger stor frihet då inga särskilda regler finns att följa i framtagandet av teman (Braun & Clarke, 2006) vilket också gör den lämplig att använda för nybörjare inom kvalitativ forskning. Den tematiska analysen är också framgångsrik vid både induktiv och deduktiv ansats (Braun & Clarke, 2006). Eftersom den deduktiva ansatsen utgår från SDT och redan inbegriper färdiga teman är den tematiska analysen användbar i den aktuella studien. Valet av denna analysmetod medför problematiken att skribenterna riskerar att koppla och "manipulera" resultatet dit de önskar eftersom det inte finns några direkta regler kring hur en tematisk analys skall genomföras. De riktlinjer som finns är att inkludera de sex stegen men då ordningen är valfri medför det svårigheter för utomstående att kontrollera utförandet (Braun & Clarke, 2006). För att öka transparensen och därmed studiens pålitlighet har skribenterna strävat efter att noggrant förklara hur teman valts ut och kopplats till de valda beteendeteorierna.

För att öka objektiviteten och möjligheten att styrka och konfirmera har skribenterna varit noga med att ställa öppna frågor och låta respondenterna tala fritt. Inom kvalitativ forskning och speciellt inom kvalitativa intervjuer är det viktigt att inte låta sina egna personliga värderingar påverka intervjupersonens svar (Bryman, 2011). En svaghet i användandet av den tematiska analysen kan ha varit att skribenterna inte kunnat undvika att de personliga värderingarna kommit emellan tolkningarna och framtagandet av teman. Eftersom man aldrig är fri från den egna förförståelsen kan det påverka hur text tolkas. Enligt idén för hermeneutiken, där forskarens tolkning skall vara enhetlig med intervjupersonens uttalande, har skribenterna försökt hålla en så neutral ställning som möjligt (Bryman, 2011). Under arbetets gång upptäckte även skribenterna att formuleringar och textmaterial från respondenterna uppfattats på olika sätt vilket skapade diskussion kring tolkningar. Detta bidrog till en samspelhet kring tolkningar av respondenternas upplevelser och erfarenheter i det fortsatta arbetet vilket skribenterna anser vara en styrka i studien.

Skribenterna upplevde vissa svårigheter med att analysera svaren utifrån teorierna SDT och HBM eftersom en del områden var snarlika vilket skapade svårigheter med att bena ut och strukturera upp teman. Dock kunde dessa två teorier ändå användas som gemensam grund då innehållet i de olika teorierna kunde komplettera varandra. Fall m.fl. (2018) menar att en kombination av dessa teorier kan vara ett framgångsrikt arbetssätt, vilket även var något som skribenterna upplevde under analysens gång. Samtidigt bidrog SDT med många fördelar. Teorin skapade förutsättning för att förstå mekanismer bakom motivation och tillförde en värdefull struktur när intervjuguiden togs fram. Respondenternas upplevelser har direkt kunnat kopplas till de psykologiska behoven och på så sätt medfört till att skribenterna kunnat urskilja hur motivationen skapas och bibehålls.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie är att utifrån SDT undersöka motivationen hos HCOs klienter samt anledningar till varför de valt att avbryta coachningen. Resultatet visar att merparten av respondenterna upplever coachningen som autonomistörd där de själva får vara delaktiga. De respondenter som fullföljt sin coachning har ofta en hög inre motivation som i de flesta fall beror på en ökad kompetens och känsla av social tillhörighet. De som valt att avbryta sin coachning upplever i hög utsträckning brist på både kompetens och social tillhörighet. Ett intressant fynd är att ingen av respondenterna som valt att avbryta coachningen identifierar sig själva som "avbrytare" och de flesta återkommer till att de troligtvis kommer att återuppta coachningen inom kort. De främsta anledningarna till att avbryta coachningen har varit brist på både tid, kontroll, ny kunskap och social tillhörighet.

Många respondenter menar på att det var via sociala medier de fick upp ögonen för HCO, vilket är föga förvånande eftersom de allra flesta söker efter hälsorelaterad information via internet (Ringsberg m.fl., 2014). Internet verkar också vara en av de bidragande faktorerna till att respondenterna känner sig vilsna kring hälsa, särskilt när det gäller bra matvanor. Det är lätt att förvillas bland alla hälsorelaterade budskap som florerar på sociala medier och i nyhetsartiklar men svårare att sortera ut vad som faktiskt stämmer. Därför upplever många respondenter att hälsosamma matvanor är en av de svåraste levnadsvanorna att skaffa sig



kunskap om och upprätthålla. Att en av respondenterna har svårigheter med att avgöra vilka grönsaker som är nyttiga visar tydligt på den förvirring som råder. En annan respondent menar på att matlagning är som att uppfinna hjulet på nytt varje dag vilket tyder på att matlagning verkar kännas krångligt och svårt. Det innebär att matlagningen blir ett stressmoment när det egentligen borde vara enkelt och lustfyllt.

Några respondenter uppger att de fick information om HCO via vårdcentralen, som de känner stark tillit till. Eftersom det är sjukvården som ligger bakom projektet finner de också tjänsten mer seriös. Nästan alla respondenter uttrycker att det känns tryggt att kunna ställa frågor till en person som inte är sjuksköterska eller läkare, men som fortfarande erhåller gedigen kunskap. Detta är något som de annars inte upplever erbjuds av sjukvården. Att HCO fokuserar på friskfaktorer är uppskattat av merparten av respondenter. Genom att flytta fokus från det patogena synsättet där man i de flesta fall måste ha en sjukdom för att kunna få hjälp, till det salutogena perspektivet där man istället vill främja friskfaktorer är värdefullt för respondenterna (Antonovsky, 2005). Att tjänsten är flexibel är något som respondenterna i denna studie uppskattar eftersom de slipper ta sig till en viss plats som kan vara tidskrävande, vilket även Lindberg m.fl. (2017) visar i studien om webbaserade verktyg.

I enlighet med Deci & Ryan (2000) och Silva, Markland, Minderico, Vieira, Castro, Coutinho, Santos, Matos, Sardinha & Teixeira (2010) visar den aktuella studien att känslan av delaktighet är viktig i en beteendeförändring eftersom det ökar den inre motivationen som stödjer ett långsiktigt upprätthållande av nya levnadsvanor. Den största delen av respondenterna upplever att de själva får vara delaktiga i sin medverkan i HCO. De anser att de fått vara med och bestämma i alla delar av processen, allt ifrån vilken tid nästa möte skall äga rum till vad man ska fokusera på mellan mötena. Respondenterna är positiva till det klientbaserade arbetssättet och menar att det stärker känslan av ansvar och skapar en tro till den egna förmågan. En av respondenterna kände sig inte delaktig vilket bidrog till minskad motivation och ledde till ett abrupt avslut. I mötet med hälsocoachen är det därför viktigt att känslan av autonomi upprätthålls.

Trots den positiva inställningen till självbestämmande är det många respondenter som saknar regelbunden kontroll och uppsikt, särskilt de respondenter som valt att avbryta coachningen i förtid. Många menar att även om man får redogöra för sina framsteg saknas det faktum att kunna uppvisa mätbara resultat såsom en eventuell viktnedgång eller förbättrat blodtryck och blodsockervärden. Andra menar att det hade räckt med att visa vad man åstadkommit via någon form av digitalt verktyg där även hälsocoachen hade kunnat följa utvecklingen. För att tillgodose behoven hos de respondenter som behöver ett starkare stöd och mer kontroll kan HCO gruppera dessa klienter i ett tidigare skede för att kunna lägga upp coachningen på ett annat sätt än för övriga klienter, exempelvis med fler och tätare möten. HCO kan också med fördel utveckla någon form av rapporteringsverktyg där klienterna kan följa sin utveckling, både vad gäller antal genomförda träningspass, förändring i vikt, kroppsmaßt och kliniska värden för att på så sätt öka motivationen och därmed chansen för fullföljd coachning och ett upprätthållande av beteendeförändring.

Flera respondenter beskriver att när mötet med hälsocoachen närmar sig blir de påmind om att vidmakthålla beteendeförändringen och att det därför räcker med fler och tätare möten för

att kunna bibehålla motivationen. Hardcastle & Hagger (2011) uppvisar liknande resultat i sin studie som gjordes på individer med övervikt som genomgått konsultation för att främja beteendeförändring. Hardcastle & Hagger (2011) menar att önskan om ytterligare uppsikt och kontroll går att koppla till SDT och tyder på behovet av samhörighet vilket visar sig i den aktuella studien genom att fler känner motivation till att upprätthålla beteendeförändringen när de får feedback från sin hälsocoach. Vidare visar Hardcastle & Hagger (2011) att flera klienter återgick till gamla vanor kort efter att konsultationen avslutades. Det sociala stödet uppgavs därför vara viktigt för att kunna vidmakthålla en beteendeförändring. I likhet är det flera respondenter i den aktuella studien som påpekar behovet av fortsatt stöd från hälsocoachen även efter avslutad coachning. Många som närmar sig sitt sista möte känner oro och efterfrågar konkreta tips på hur man kan fortsätta på egen hand. För att kunna upprätthålla nya levnadsvanor är det därför viktigt att utöka stödet ytterligare så att respondenterna finner trygghet i en social tillhörighet. Eftersom några av respondenterna också nämner att de saknar att interagera med andra medverkande klienter skulle en gemensam kommunikationskanal kunna vara ett framgångsrikt fortsatt stöd som hälsocoachen tidigare bidragit med.

Behovet av en stödjande och social miljö är betydelsefullt när det kommer till att öka den inre motivationen (Deci & Ryan, 2000; Silva m.fl. (2010). Detta stämmer överens med resultatet i denna studie då respondenterna talar om hur familjemedlemmar kan främja eller hämma försöket att upprätthålla den förändrade levnadsvanan. I de fall där familjemedlemmarna är positivt inställda till det nya levnadssättet är det lättare för respondenten att utveckla självdisciplin och känna lust och motivation till att fortsätta kämpa. I de fall där familjemedlemmarna är negativt inställda eller inte involverade alls blir det istället svårare för respondenterna att hålla modet uppe. Respondenterna beskriver att den egna motivationen inte alltid räcker till fler personer än dem själva och när familjemedlemmarna uttrycker misstynke mot den nya vanan skapas miljöer som hämmar upprätthållandet av det nya beteendet. Dessa respondenter beskriver att de ofta faller för grupptricket, återgår till gamla vanor och får kämpa ännu hårdare för att ta sig tillbaka igen. Behovet av det sociala stödet visade sig också i studien av Hardcastle & Hagger (2011) som menar att individer som skapat en stödjande miljö i form av starka sociala nätverk löper mindre risk att falla tillbaka i gamla vanor. För att förbättra chanserna att klienterna återupptar coachningen efter ett eventuellt återfall är det därför viktigt att hälsocoachen utbildar klienten i att återfall är vanligt vid beteendeförändring samt ger konkreta verktyg på vad klienten kan göra om det sker. På detta sätt kan klienten bortse från eventuella känslor av skam eller skuld och istället fokusera på att återgå till den nya levnadsvanan.

Vidare visar resultatet av denna studie på vikten av respondenternas känsla av kompetens. Att känna att de mål man satt upp tillsammans med hälsocoachen är hanterbara och enkla att genomföra har visat sig vara en framgångsrik taktik. Detta överensstämmer med Silva m.fl. (2010) som pekar på betydelsen av att känna kompetens för att öka den inre motivationen. Flera respondenter i den aktuella studien menar att man i många fall överträffat sina mål eftersom de inte uppfattats som varken övermäktiga eller påtvingade och därför känts lustfyllda att utföra. Genom att få positiv feedback och beröm från hälsocoachen skapar detta enligt Deci & Ryan (2000) känslor av kompetens och formar således en starkare inre motivation. Däremot är det många respondenter som anser sig ha goda kunskaper kring hälsa redan innan de påbörjat coachningen och anser därför att mötena inte bidragit till någon ny

kunskap. Många påpekar att de mestadels blivit påmind om sådant man redan hade kunskap om. Dessa respondenter har i många fall avbrutit sin coachning på grund av bristande motivation, vilket överensstämmer med Deci & Ryans (2000) teori om att ny kunskap främjar motivation. Denna teori stärks ytterligare genom att respondenterna i den aktuella studien som upplever att de lärt sig mycket under coachningen känner en hög motivation och tenderar att fullfölja coachningen i stor utsträckning. För att öka motivationen hos de respondenter som upplever att ingen ny kunskap tillförts kan HCO ta fram material som kan fungera som vidareutbildning. Exempel på detta kan vara tips och råd som skickas ut via mejl och som berör olika ämnen vid varje tillfälle. Dessa skulle också kunna fungera som triggers till att upprätthålla beteendeförändringen mellan coachningstillfällena samt ge mervärde åt klienten. Eftersom många respondenter efterfrågar tips på hälsosamma maträtter kan HCO även ta fram egna recept baserade på klienternas samlade behov. Exempelvis kan en del recept rikta sig till klienter som vill gå ned i vikt eller hantera sin typ 2 diabetes. På detta sätt kan respondenternas förvirring kring hälsosam kost dämpas. Att söka sig till HCO innebär att man upplever svårigheter med att upprätthålla hälsosamma beteenden vad gäller en eller flera levnadsvanor. Trots att många respondenter upplever att ingen ny kunskap tillförts och att de redan haft kunskap om den information hälsocoachen delgett, återstår utmaningen i att förändringen varit svår att bibehålla. Detta kan tolkas som att några respondenter snarare behöver bekräftelse på sin kunskap och medvetenhet och att coachningen främst bör fokusera på planering, målsättning och uthållighet, än att fortsätta erbjuda fördjupad information kring kost och fysisk aktivitet.

Flera respondenter återkommer till att andra är i större behov av stöd än de själva vilket skulle kunna tolkas som antydning till att vara hälsosammare än andra. Detta resultat stämmer överens med studier som visar att människor ofta är optimistiska och tror sig själva ha bättre hälsa än andra (Weinstein, 1987; Ayanian & Cleary, 1999; Kim, Huh, & Han, 2016). Denna uppfattning har bland respondenterna i denna studie resulterat i att de väljer att avbryta coachningen och "ge bort sin plats" till andra. Respondenternas känsla av välvilja gentemot andra verkar dock inte vara den faktiska anledningen till att avbryta coachningen. Utifrån respondenternas upplevelser och erfarenheter verkar det finnas flera bidragande orsaker till beslutet om att avbryta sin medverkan. Tidsbristen är en av flera orsaker som många respondenter återkommer till där det i många fall är svårt att jobba mot uppsatta mål och därför resulterar i att man väljer att avbryta. I likhet visar resultat från en tidigare studie (Korkiakangas m.fl., 2011) att tidsbrist är något som ses som ett stort hinder för deltagare som medverkar i coachningverksamhet. Något respondenterna återkommer till är att de redan har tillräcklig kunskap om hälsa och inte känner att de får så mycket ny information genom medverkandet av HCO vilket resulterat i att de avbrutit sin medverkan. Kombinationen av tidsbrist och att redan erhålla mycket kunskap kring hälsosamma vanor gör att vissa av respondenterna väljer att avbryta sin medverkan. Dock har många ändå en positiv inställning till coachningen trots att de hoppat av. Att de avbrutit beror inte på en missnöjdhet hos respondenterna utan de uttrycker tydligt att HCO är en betydelsefull tjänst. Vidare menar respondenterna att det preventiva arbetet är mycket värdefullt för folkhälsan och att avbrottet endast beror på något i privatlivet som kommit emellan. Att jobba preventivt är även något som Socialstyrelsen (2018b) uppmärksammar som viktigt för folkhälsan och för att motverka sjukdomar som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och stroke.

Jeihooni, Dindarloo & Harsini (2018) visar i sin studie hur man kan främja hälsa och förebygga muncancer bland manliga rökare. Deltagarna som upplevde att det fanns risk för cancer hade större motivation till beteendeförändring. Genom att ta reda på respondenternas uppfattning om hälsohot, graden av allvarlighet, om man tror att förändringen kommer leda till en förbättring samt till ett överkomligt pris kan man enligt HBM, få en tydligare bild av respondenternas motivation. På detta sätt kan man förutsäga individens hälsobeteenden. (U.S. Department of Health and Human Services, 2005). Detta stämmer överens med resultatet i den aktuella studien då de respondenterna med ett upplevt hälsohot i form av sjukdom, smärta eller liknande också var benägna att fullfölja sin coachning. Det har därför varit framgångsrikt att använda HBM i denna studie då vi har kunnat se en koppling mellan de som upplever att beteendeförändringen varit positiv också har en hög motivation till att upprätthålla sitt beteende.

När HCO antagit att en klient avbrutit sin medverkan, har denna studie visat att det inte alls behöver vara så. Många respondenter identifierar sig inte som avbrytare utan uttrycker en önskan om att återuppta coachningen längre fram när de känner att de har mer tid. Enligt Gjerde (2012) bidrar coachning till ökad reflektion då personerna själva får utveckla egna idéer. En annan bidragande faktor som gjort att en av respondenterna valt att avbryta sin coachning är den upplevda svårigheten att boka ett nytt samtal. Då respondentens hälsocoach blev sjuk tvingades hon boka in ett nytt samtal med en annan hälsocoach och på grund av tekniska svårigheter upplever respondenten att det blev för krångligt att boka ett nytt möte. Fastän respondenten är målmedveten och önskar fler samtal väljer hon istället att lämna det därhän. Detta visar hur skört upprätthållandet av beteendeförändringen kan vara (Livsmedelsverket, 2019) och att små hinder kan bidra till att klienter väljer att avbryta coachningen. Därför behöver HCO vara tydliga i sin kommunikation mellan klient och hälsocoach då de med enkla medel och förbättringar skulle kunna fånga upp klienter som annars riskerar att avbryta coachningen. Eftersom coachningen sker online är det särskilt viktigt med förtydliganden, något som även Ringsberg m.fl. (2014) lyfter i studien om hälsobudskap i digital kommunikation. Exempelvis skulle bokningssystemet för tjänsten kunna ses över så det är enkelt och anpassat för alla att använda. Dessutom bör en diskussion med klienten hållas i ett tidigt skede för att tydligt tala om hur svårt det är att upprätthålla en ny levnadsvana och på så sätt normalisera återfall. Detta minskar klientens eventuella känsla av skam och förtret över att inte ha lyckats upprätthålla beteendeförändringen och kan istället förklaras som en naturlig del i processen.

## Slutsatser och implikationer

Resultatet av denna studie visar betydelsen av att tillgodose de tre psykologiska behoven; autonomi, kompetens och social tillhörighet, för att kunna bibehålla motivation till beteendeförändring gällande levnadsvanor. De flesta respondenter som valt att avbryta sin coachning identifierade sig inte som "avbrytare" utan avsåg att fortsätta coachningen längre fram. De hinder respondenterna upplevde och som bidrog till att de valde att avbryta var framförallt brist på tid, kontroll, social tillhörighet och ny kunskap. Studien visade att en

hälsosam kosthållning är den levnadsvana respondenterna upplever som svårast att upprätthålla vilket går i linje med de vanor som HCOs samlade klienter söker mest stöd för.

Studiens kvalitativa design bidrar till det djupa och detaljrika resultat som tar fram respondenternas unika tankar och perspektiv som annars är svåra att upptäcka inom kvantitativ forskning. Den kvalitativa ansatsen har bidragit till en djupare förståelse för hur beteendeförändring inverkar på individens vardag och livsstil. Genom att studera de mekanismer som påverkar motivation till beteendeförändring kan vi bättre förstå hur hälsosamma levnadsvanor kan bibehållas i deltagandet av onlinecoachning. Resultat från den aktuella studien visar att en kombination av teorierna SDT och HBM är framgångsrikt när man vill undersöka motivation hos individer som vill förändra en eller flera levnadsvanor. Eftersom motivation är ett komplext fenomen kunde beteendeteorierna komplettera varandra vilket är betydelsefulla resultat för vidare forskning inom hälsopromotion.

Denna studie har belyst viktiga aspekter av vad som krävs för att skapa och bibehålla motivation till beteendeförändring vid onlinecoachning. Resultaten kan även tillämpas inom fler hälsopromotiva områden där syftet är att skapa stödjande miljöer för att främja hälsosamma levnadsvanor. Eftersom upprätthållandet av hälsosamma matvanor verkar vara den svåraste levnadsvanan bland studiens respondenter samt bland HCOs samlade klienter kan resultaten med fördel användas inom den kostvetenskapliga professionen för att ge individer bättre förutsättningar att lyckas med en beteendeförändring. Genom att tillämpa autonomistyrd konsultation och stöttning kan hälsovetare inom både hälso- och sjukvård, såsom kostrådgivare och dietister, möjliggöra att individer som behöver hjälp får kunskap att hantera uppsatta mål.

Dessutom kan resultatet bistå HCO i det fortsatta utvecklingsarbetet kring tjänsten. Genom att utveckla sina metoder kan de skapa en miljö där klienter känner sig mer motiverade att fullfölja coachningen. Däremot är den aktuella studien inte tillräckligt omfattande för att kunna ge en samlad bild av HCOs klienter. Därför uppmanar skribenterna till vidare kvalitativ forskning som belyser motivation till beteendeförändring utifrån de psykologiska behoven.

## Referenser

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Ayanian, J., & Cleary, P. (1999). Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers. *JAMA*, 281 (11), 1019-1021. doi:10.1001/jama.281.11.1019

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.

Bus, K., Peyer, K. L., Bai, Y., Ellingson, L. D., & Welk, G. J. (2018). Comparison of In-Person and Online Motivational Interviewing–Based Health Coaching. *Health Promotion Practice*, 19(4), 513–521. doi.org/10.1177/1524839917746634

Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26 (2). pp. 120-123. ISSN 0952-8229

Fall, E., Izaute., M., & Chakroun-Baggioni, N. (2018). How can the health belief model and self-determination theory predict both influenza vaccination and vaccination intention? A longitudinal study among university students. *Psychology & Health*. Vol 33(6), 746-764. doi: 10.1080/08870446.2017.1401623

FHI. (2009). *Motiverande samtal i primärvården - kartläggning av utbildningsinsatser och synpunkter*. R: 2009:9. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Folkhälsomyndigheten. (2019a). Övervikt och fetma. Hämtat 2019-04-25 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/overvikt-och-fetma/>

Folkhälsomyndigheten. (2019b). Folkhälsodata. Hämtat 2019-04-29 från [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/B\\_HLV\\_aLevvanor\\_aadLevvanorfysak/HLV\\_Fysiskaktivitet\\_alder.px/table/tableViewLayout1/?rxid=0715a352-2a64-44ee-9582-ce7709bbf53a](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_aLevvanor_aadLevvanorfysak/HLV_Fysiskaktivitet_alder.px/table/tableViewLayout1/?rxid=0715a352-2a64-44ee-9582-ce7709bbf53a)

Folkhälsomyndigheten. (2019c). Daglig tobaksrökning. Hämtat 2019-04-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/>

FYSS. (2019). Rekommendationer om fysisk aktivitet. Hämtat 2019-04-25 från <http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Gjerde, S. (2012). *Coaching - vad, varför, hur*. Lund: Studentlitteratur.

Hamrin, V., Sinclair, V.G., & Gardner, V. (2017). Theoretical Approaches to Enhancing Motivation for Adherence to Antidepressant Medications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 223-230.

Hardcastle, S., & Hagger, M. S. (2011). "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(2011), 314-323. doi:10.1016/j.psychsport.2011.01.001

Hollembek, J., & Amorose, A. J. (2005) "Perceived Coaching Behaviors and College Athletes' Intrinsic Motivation: A Test of Self-Determination Theory. *Journal of Applied Sport Psychology*. 17(1), 20-36. doi:10.1080/10413200590907540

Hälsocoach online. (2019). Hälsocoach online – Riktlinje, 2019-02-06. Västra Götalandsregionen. Borås.

Jeihooni, A.K., Dindarloo, S.F. & Harsini, P.A. (2018). Effectiveness of Health Belief Model on Oral Cancer Prevention in Smoker men. *Journal of Cancer Education*. doi: 10.1007/s13187-018-1396-7

Kelly, S. (2010). Qualitative interviewing techniques and styles. In Bourgeault, I., Dingwall, R., & De Vries, R. *The SAGE handbook of qualitative methods in health research*. (pp. 307-326). London: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781446268247

Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med* 5(1): e12. doi.org/10.1371/journal.pmed.0050012

Kim, J., Huh, B., & Han, H. (2016). Correlates of misperception of breast cancer risk among Korean-American Women. *Women & Health*, 56(6), 634-649. doi:10.1080/03630242.2015.1118722

Korkiakangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A., & Laitinen, J. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 62-9. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x.

Korp, P. (2016). *Vad är hälsopromotion?* Lund: Studentlitteratur.

Lindberg, I., Lindberg, B., & Söderberg, S. (2017). Patients' and Healthcare Personnel's Experiences of Health Coaching with Online Self-Management in the Renewing Health Project. *International Journal of Telemedicine and Applications*, vol. 2017, Article ID 9306192, 8 pages, 2017. doi.org/10.1155/2017/9306192.

Livsmedelsverket. (2018). *Dieter och viktnedgång*. Hämtad 2019-05-14 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/dieter-och-viktnedgang1>

Livsmedelsverket. (2010). *Riksmaten - Vuxna 2010-2011. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige*. Hämtat 2019-04-27 från [https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2011/riksmaten\\_2010\\_20111.pdf](https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2011/riksmaten_2010_20111.pdf)

Livsmedelsverket. (2012). *Nordiska näringsrekommendationer 2012 – Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Hämtat 2019-05-22 från: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyror/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.

Oggers-Jewell, K., Isenring EA., Thomas R., & Reidlinger, DP. (2017). Group participants' experiences of a patient-directed group-based education program for the management of type 2 diabetes mellitus. *PLOS ONE* 12(5): e0177688. doi.org/10.1371/journal.pone.0177688

Ringsberg, K. (2014). *Health literacy : Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Studentlitteratur.

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, Vol. 55(1), 68-78. doi: 10.1037/110003-066X.55.1.68

Silva, MN., Vieira PN., Coutinho SR., Minderico CS., Matos MG., Sardinha LB., & Teixeira P (2010) Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 33(2) doi: 10.1007/s10865-009-9239-y.

Socialstyrelsen. (2018a). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Stöd för styrning och ledning*. Hämtat 2019-04-25 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-24>

Socialstyrelsen. (2018b). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård*. Hämtad 2018-04-03 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20816/2018-2-4.pdf>

University of Rochester. (2019). Our Approach - Self Determination Theory. Hämtat 2019-05-14 från <https://www.urmc.rochester.edu/community-health/patient-care/self-determination-theory.aspx>

U.S. Department of Health and Human Services. (2005). *Theory at a Glance - A Guide For Health Promotion Practice* (Second Edition). Hämtat 2019-04-25 från <https://www.sbccimplementationkits.org/demandrnmch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion->



[Practice.pdf?fbclid=IwAR2i7sDDITnr0gBI83k5bLQMM5B2PT3H-DCJKeZERXPQtZmchln79GBFs0M](#)

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. ISBN 91-7307-008-4

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. ISBN 978-91-7307-352-3

Weinstein, N. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(5), 481-500.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2019). Constitution - WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Hämtat 2019-04-28 från <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

# Bilagor

## Bilaga 1. Intervjuguide

<b>Berätta lite om dig själv</b>
Kön
Ålder
Sysselsättning
<b>Berätta om varför du sökte till hälsocoach online</b>
Hur många coachningstillfällen var du på?
Vilken/vilka levnadsvanor sökte du för?
Hur hörde du talas om Hälsocoach online från början?
Hade du sökt stöd någon annanstans om inte Hälsocoach Online hade funnits?
<b>Berätta om vad du hade för förväntningar på tjänsten</b>
Vad tyckte du verkade bra/mindre bra med tjänsten?
<b>Hur upplevde du det första coachningsamtalet?</b>
Motsvarade första mötet dina förväntningar?
När avslutades coachningen? Hade du behövt fler tillfällen?
<b>Upplevde du att du fick bestämma själv och vara delaktig under mötena med Hälsocoach online? Kan du ge exempel på en sådan situation</b>
<b>Kände du att du fick ta del av den kunskap du behövde för att kunna uppnå dina mål? Kan du ge exempel på en sådan situation?</b>
Kände du tillit till hälsocoachen? Till hälsocoachens kompetens? Kan du ge exempel på en sådan situation
<b>Upplevde du att du fick det stöd du behövde i hälsocoach online? Kan du ge exempel på en sådan situation?</b>
<b>Berätta om tiden efter att du avslutat Hälsocoach Online?</b>
Har du förändrat något i dina levnadsvanor under tiden du medverkat i Hälsocoach online? I så fall, vad och hur?

Vad påverkade dig att göra det/ inte göra det?

Har det skett någon förändring i din upplevda hälsa innan första mötet och idag? Om ja, hur?

**Vad har underlättat respektive gjort det svårt att bibehålla den livsstilen?**

**Finns det något som skulle ha underlättat ditt deltagande i Hälsocoach online?**

**Är det ok att kontakta dig igen om det är något som är oklart med svaren?**

## Bilaga 2. Informationsbrev

### **Till dig som är eller har varit klient i Hälsocoach online - Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie**

Hälsocoach online startades på uppdrag av Västra Götalandsregionen som ett projekt för att förbättra levnadsvanorna i upptagningsområdet. För att kunna utveckla verksamheten så utförs nu en intervjustudie med förhoppningen att resultatet i studien kan leda till ökad förståelse för de upplevelser och erfarenheter klienter har av Hälsocoach online.

Ditt deltagande i studien innebär att en intervju kommer att genomföras genom ett möte eller via telefon. Intervjun beräknas ta omkring 30-60 minuter och kommer att spelas in. Intervjuerna behandlas konfidentiellt, vilket innebär att svaren kommer att aidentifieras. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Din medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan motivering.

Vi heter Emma Bendroth och Sofia Svensson och studerar hälsovetenskap vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår att i slutskedet genomföra en kandidatuppsats vilket är anledning till att denna intervjustudie kommer att göras. Studien kommer att presenteras som en skriftlig rapport vid universitetet.

Kontakta gärna oss om du har frågor eller funderingar.

Med vänlig hälsning

Emma Bendroth  
Göteborgs Universitet  
gusbendrem@student.gu.se

Sofia Svensson  
Göteborgs Universitet  
gussvesou@student.gu.se

Handledare: Lena Gripeteg, PhD  
Institutionen för kost- och idrottsvetenskap  
Göteborgs Universitet  
lena.gripeteg@ped.gu.se