



Namn: Hanna Alevad och Sara Lindström Akhondi

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT2017

Nivå: Grundnivå

Handledare: Elisabeth Bos Sparén

Examinator: Birgitta Fläckman

Sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med motiverande samtal vid livsstilsförändringar - en litteraturöversikt

**Nurse´s experience of working with motivational interviewing in lifestyle
changes - a literature review**

Sammanfattning

- Bakgrund:** Osunda levnadsvanor skapar ökad risk att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar vilket innebär en utmaning för sjukvården. I klinisk praxis ska sjuksköterskor arbeta hälsofrämjande och personcentrerat. Motiverande samtal är en stödjande och evidensbaserad metod som genom vägledning syftar till att stärka personens egen motivation till livsstilsförändring.
- Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med motiverande samtal vid livsstilsförändringar.
- Metod:** Examensarbetet är en litteraturöversikt där 11 vetenskapliga artiklar som sökts fram i Cinahl complete och PubMed har granskats med Fribergs analysmetod för att besvara syftet.
- Resultat:** Sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal vid livsstilsförändringar presenteras i resultatet under tre teman; *upplevelser av motiverande samtal, förutsättningar för motiverande samtal och förhållningssätt i arbetet med motiverande samtal.*
- Diskussion:** Diskussionen fördes utifrån Rosemarie Rizzo Parses teori Human becoming och vetenskaplig litteratur. Sjuksköterskors erfarenheter av arbete med motiverande samtal vid livsstilsförändringar diskuterades genom tre teman; *personcentrerad vård, delaktighet i en jämlik vårdrelation och utveckling.*
- Nyckelord:** *Motiverande samtal, livsstilsförändring, sjuksköterska, primärvård och omvårdnad.*

Abstract

Background: Unhealthy living habits create an increased risk of suffering from lifestyle-related illnesses, which poses a challenge for healthcare. In clinical praxis nurses should work through a health promoting and person-centered approach. Motivational interviewing is a supportive and an indicative evidence based approach to lifestyle changes that through compassion aims to strengthen the person's own motivation for change.

Aim: To describe nurses' experiences of working with motivational interviewing with lifestyle changes.

Method: The thesis work is a literature review of 11 scientific articles searched for in Cinahl complete and PubMed that have been examined using Friberg's analysis method.

Results: Nurse's experiences with motivating interviewing about lifestyle changes are presented in the results under three themes; *experiences of motivational interviewing, prerequisites for motivational interviewing and approaches of working with motivational interviewing.*

Discussion: The discussion was based on Rosemarie Rizzo Parse's theory *Human Becoming* and Scientific Literature. Nurses' experiences of working with motivational interviewing in lifestyle changes are highlighted through three themes; *personcentered care, participation in an equal care relationship and development.*

Keywords: *Motivational interviewing, lifestyle changes, nurse, experience, primary care, nursing and nursing role.*

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
HÄLSA	1
FOLKHÄLSA.....	2
<i>Livsstilsrelaterad ohälsa</i>	<i>3</i>
<i>Olika förutsättningar för hälsa.....</i>	<i>4</i>
SJUKSKÖTERSORS PEDAGOGISKA FUNKTION.....	4
<i>Motiverande samtal.....</i>	<i>5</i>
<i>Förhållningssätt i motiverande samtal</i>	<i>6</i>
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	8
THE HUMAN BECOMING.....	8
<i>Tillblivelse</i>	<i>8</i>
<i>Teman och principer</i>	<i>9</i>
<i>Omvårdnadsteorin i klinisk praxis</i>	<i>9</i>
METOD.....	10
DATAINSAMLING	10
URVAL	11
ANALYS.....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT.....	12
UPPLEVELSER AV MOTIVERANDE SAMTAL.....	12
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR MOTIVERANDE SAMTAL	13
FÖRHÅLLNINGSSÅTT I ARBETET MED MOTIVERANDE SAMTAL.....	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION.....	16
RESULTATDISKUSSION.....	18
<i>Personcentrerad vård</i>	<i>18</i>
<i>Delaktighet i en jämlik vårdrelation</i>	<i>20</i>
<i>Utveckling</i>	<i>21</i>

KLINISKA IMPLIKATIONER.....	22
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22
SLUTSATS.....	23
REFERENSFÖRTECKNING.....	24
BILAGA 1. SÖKMATRIS	29
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.....	31

Inledning

Osunda levnadsvanor kan bidra till ohälsa bland befolkningen. Rökning, högt alkoholintag, ohälsosamma kostvanor och inaktivitet bidrar till folksjukdomar som cancer, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom och hjärt-kärlsjukdomar. Författarnas erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning är att sjuksköterskans hälsofrämjande samtal ofta fokuserar på råd och undervisning snarare än på patientens syn på sin situation och livsstil. Motiverande samtal (*eng. motivational interviewing*) är en metod för att hjälpa patienter vid livsstilsförändringar.

Vi anser att det är viktigt att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med motiverande samtal vid livsstilsrelaterad ohälsa. Detta för att uppmärksamma vilka möjligheter respektive svårigheter i metoden som sjuksköterskor upplever och därmed se eventuella brister som kan behöva utvecklas vidare. Vi vill genom denna litteraturöversikt bidra till en ökad kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av preventivt hälsofrämjande arbete som har en betydelse för vårdandet för både patienter och sjuksköterskor.

Bakgrund

Enligt ICN's (International Council of Nurses) etiska kod ingår det i sjuksköterskors fyra grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Folkhälsomyndigheten, (2005, s. 19) skriver att sjukdomsförebyggande insatser ska förebygga en specifik sjukdom, exempelvis cancer eller hjärtinfarkt, medan hälsofrämjande insatser innebär att förbättra individens egenupplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalité.

Hälsa

WHO (1946) definierar *hälsa* som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver *hälsa* som något mångdimensionellt som rör hela människan med olika betydelser för olika individer. Det handlar dels om en inre upplevelse av balans men även en känsla av jämvikt till andra människor. Vid sjukdom kan upplevelsen av hälsa påverkas negativt men även vid frånvaro av sjukdom kan känslan av hälsa kännas avlägsen om livet saknar mening.

Bunting (1995, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) menar att varje individ upplever hälsa unikt samt att hälsa är en process och inte ett tillstånd, en situation eller ett resultat. Omvårdnaden handlar om att stödja denna process genom att främja hälsa och

livskvalité så som den framstår för patienten, inte utgå ifrån samhällets normer om vad som är sjukt eller friskt. Folkhälsomyndigheten (2005, s.18) beskriver hälsobegreppet genom en sjukdomsdimension som kan vara en läkares bedömning av hälsa och dels genom individens egen bedömning av sin hälsorelaterade livskvalité.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) menar att sjuksköterskors förståelse av begreppet hälsa är avgörande för hur det hälsofrämjande arbetet utförs. Att biomedicinskt endast mäta hälsa som avsaknad av sjukdom säger inte något om patientens subjektiva upplevelse. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver vidare hälsa som vårdandets mål med syfte att stödja och stärka människors egna hälsoprocesser och därmed lindra lidandet. Svensk sjuksköterskeförening (2008) menar att genom möjliggörande strategier för att påverka sin egen hälsa kan människans upplevelse av hälsa förbättras. Vidare menar svensk sjuksköterskeförening att ett holistiskt synsätt på hälsa innebär att människan har möjlighet att själv avgöra vad hälsa innebär för den egna individen, att hälsa definieras individuellt utifrån resurser, förmågor och sammanhang.

Folkhälsa

Folkhälsa definieras av Nationalencyklopedin (2017) som det allmänna hälsotillståndet i en befolkning. Ansvar för individens hälsa är ett samspel mellan individ och samhälle medan folkhälsan är i högre grad ett ansvar för samhället. Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2016) menar att arbetet med folkhälsa handlar om att arbeta med utveckling och hållbarhet vilket lägger grunden för befolkningens välmående.

Enligt svenska folkhälsomyndigheten (2005) ska hälsofrämjande arbete vara en självklar del i all vård och behandling. SKL (2016) beskriver olika sätt för att förbättra folkhälsan. Ett sätt att främja hälsa handlar om att öka skyddsfaktorer och underlätta goda levnadsvanor genom att till exempel stärka människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Genom att stödja patienter att göra hälsosamma val minskas riskfaktorerna för ohälsa.

Att förbättra folkhälsan handlar enligt SKL (2016) även om att behandla och stödja de som redan har problem genom att motverka ytterligare problem och därmed minska ohälsotalen. Arbetet kan vara individinriktat, gruppinriktat eller samhällsinriktat. Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att alla människor oavsett ålder, kön, etnisk eller social bakgrund har lika värde, möjlighet att påverka sin egen hälsa i positiv riktning och har samma rätt till en god hälsa. Folkhälsomyndigheten (2016) menar att målet är hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Livsstilsrelaterad ohälsa

Socialstyrelsen (2012) anser att minst 20 % av det totala antalet sjukdomar i Sverige beror på ohälsosamma levnadsvanor. Hög alkoholkonsumtion, tobaksbruk, ohälsosam kost och inaktivitet skapar ökad risk att drabbas av allvarlig sjukdom och förtidig död. World Health Organization (WHO, 2014) klassificerar icke-smittsamma kroniska sjukdomar (*eng. Noncommunicable diseases, NCD*) även kallade livsstilssjukdomar. Huvudsakligen avses kardiovaskulära sjukdomar som hjärtinfarkt och stroke, cancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom, astma samt diabetes. I dessa sjukdomar dör cirka 38 miljoner människor i världen årligen. Hälsosamma levnadsvanor kan motverka eller förebygga 80 % av allt insjuknade i NCD.

Enligt WHO (1986, refererad i svensk sjuksköterskeförening, 2008) är de grundläggande hörnstenarna i hälsofrämjande arbete empowerment "egenmakt", jämlikhet, delaktighet, samarbete och självbestämmande där människor själva kan definiera hälsoproblem som är relevanta för det egna sammanhanget. Socialstyrelsen (2012) menar att med en effektiv och fungerade primärvård finns stora möjligheter fånga upp problem relaterat till sjukdom och ohälsa i ett tidigt skede, men det råder stora skillnader i det sjukdomsförebyggande arbetet i Sveriges landsting och vårdverksamheter. Det finns ingen enhetlig praxis trots att sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete i Sverige är lagfört i Hälso-sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763).

I Socialstyrelsens (2011) nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder understryks vikten av att hälso-sjukvården erbjuder effektiva åtgärder vid förändring av levnadsvanor som är kopplade till hög alkoholkonsumtion, tobaksbruk, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet, som bidrar till Sveriges sjukdomsburda. Sjukdomsburdan är ett mått som WHO och Världsbanken har tagit fram för att man ska kunna jämföra vilka ohälsosamma levnadsvanor som bidrar mest till ohälsa och vilka riskfaktorer som påverkar mest.

Vårdgivarguiden (2015) beskriver att utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011) ska hälso- och sjukvårdspersonal föra en anpassad dialog där samtalen ska innefatta motiverande strategier med hänsyn till patienternas hälsotillstånd och anpassa åtgärderna till ålder, hälsa och risknivåer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011) framgår att för att stödjande patienter gällande att förebygga livsstilsrelaterade sjukdomar behöver sjukvårdspersonal i större utsträckning ställa frågor angående levnadsvanor. Patienter som drabbats av livsstilsrelaterad ohälsa kan snabbt göra hälsovinster med förbättrade levnadsvanor.

Olika förutsättningar för hälsa

Folkhälsomyndigheten (2016) beskriver att en individs hälsa påverkas av olika faktorer såsom genetiska, sociala och ekonomiska vilket benämns som bestämningsfaktorer. Även faktorer som individuella levnadsvanor är en betydande faktor. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) beskriver att förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelad i befolkningen i Sverige. Fyra gånger fler lågutbildade än högutbildade kvinnor röker. Personer med kort utbildning och ekonomiska problem har sämre matvanor och är mindre fysiskt aktiva än de med lång utbildning och god ekonomisk situation. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är vanligare om en person har ekonomiska problem, är utan sysselsättning eller är född utanför Sverige.

I studien av Kraja et al. (2016) framkom att folk som rökte hade nästan dubbelt så hög förekomst av livsstilsrelaterade sjukdomar kopplade till ohälsosamma levnadsvanor i förhållande till icke rökare. Kroniska tillstånd visade sig vara något högre bland kvinnor än hos män och nästan hälften av alla deltagare över 66 år led av någon form av livsstilsrelaterad sjukdom. Individer boende på landsbygden visade något högre frekvens jämfört med individer boende i stadsmiljö medan arbetslösa och lågutbildade visade kraftigt förhöjda nivåer av kroniska tillstånd av livsstilssjukdomar.

Low, Lee och Lourdes Samy (2015) fann i sin studie att den bakomliggande orsaken till ökningen av livsstilssjukdomar i Asien och stillahavsområdet handlade om den sociokulturella övergången. Den ekonomiska utvecklingen har bidragit till att befolkningen genomgått drastiska förändringar som föranlett en förändrad livsstil och sämre kosthållning.

Sjuksköterskors pedagogiska funktion

Eide och Eide (2009) beskriver kärnan i professionell omvårdnadskommunikation som stödande med respekt för patientens autonomi. Att lyssna aktivt med öppna frågor men samtidigt vara direkt i sitt agerande. Att uppfatta det komplexa samspelet mellan det verbala och ickeverbala och förhålla sig till helheten. Stödande kommunikation är patientcentrerad och en förutsättning för empowerment och goda kommunikationsfärdigheter ger ökad möjlighet att stimulera patientens utveckling. Att patienten ska kunna behålla så mycket egenkontroll och makt som möjligt gällande beslutsprocesser har sin grund i etiska värderingar om lika värde och delaktighet. I patientlagen (2014:821) kapitel 5 § 1 och HSL (1982:763) § 2 understryks patienters rätt till delaktighet och självbestämmande.

Eide och Eide (2009) menar att motivation är grundläggande när det gäller att göra en förändring och beskriver att motiverande samtal utgår ifrån vad patienten, tänker, vill och

känner. Forskning tyder på att effektiviteten gällande olika metoder och strategier skiftar. Det gäller att vara empatisk och finna positiva aspekter för den enskilda individen genom en arbetsallians. Relationen kan därmed anses vara viktigare än metoden och är en metod ineffektiv är det bättre att gå vidare och finna en annan strategi.

Barley och Lawson (2016) menade att patienter som själva har uppsikt över sina hälsoproblem är mer benägna att förändra sin situation. Återkoppling och uppmuntran från sjuksköterskan tillsammans med självövervakning kan i större utsträckning leda till att patienten får större förståelse och insikt för sin hälsosituation.

Motiverande samtal

Under 1980 talet introducerade psykologen William R. Miller begreppet *Motivational Interviewing* och tillsammans med kollegan Stephen Rollnick utvecklades metoden. Rollnick, Miller och Butler (2009) beskriver motiverande samtal, (*MI, eng. motivational interviewing*) som en förädlad form av vägledning. Miller och Rollnick (2013) beskriver andan i MI som *samarbetsinriktad, framkallande, med respekt för patientens autonomi samt medkänsla* som syftar till att stärka personens egen motivation till förändring. Enligt Rollnick et al. (2009) kombinerar sjuksköterskan kommunikationsstilar genom att vägleda, följa och styra men den övergripande stilen är vägledande. En styrande stil med argumentation framkallar oftast motargument hos en ambivalent person och ambivalens är en normal process vid förberedelse till förändring. Förändringsprocessen är en grundläggande del i motiverande samtal.

Förändringshjulet, (*eng. "Stages of Change"*) utvecklades av James Prochazka och Carlo Di Clemente 1983 och beskrivs av Folkhälsomyndigheten (2016) som ett ramverk för att klassificera i vilket stadie patienten befinner sig i. Förändringsprocessens beskrivs i fem faser; *inte beredd*, (*pre-contemplation*). Patienten känner sig inte redo att påbörja förändring och kan ha erfarenhet av tidigare misslyckanden. *Ambivalent*, (*contemplation*) patienten har inte bestämt sig för beteendeförändring och ser både för och nackdelar med sitt nuvarande beteende. Tron på den egna förmågan behöver stärkas. *Beredd*, (*preparation*) patienten är beredd att göra en förändring och fokus ligger på planering av tillvägagångssätt. *Handling*, (*action*) beteendeförändringen genomförs. *Vidmakthållande* (*maintanance*) handlar om att hålla fast vid sin beteendeförändring. Modellen kan hjälpa vid MI samtal genom att anpassning sker till vilken del av förändringsfasen patienten befinner sig i. Genom denna anpassning ökas möjligheterna att lösa ambivalensen till förändring och skapa förutsättningar för sjuksköterskan att fokusera på att patienten kan upprätthålla förändringen och inte återgå till tidigare beteende.

Rubak, Sandbaek, Lauritzen och Christensen (2005) fann i sin studie att MI innefattar både teknik och kommunikationsstil som identifierar, klargör och beslutar vid ambivalens. Önskan till förändring är inte en egenskap hos patienten utan ett resultat av interaktion mellan patient och sjuksköterska där relationen baseras på partnerskap och respekterande av patientens autonomi. Motstånd och förnekelse är signaler för att byta motiveringsstrategier och utgår alltid ifrån patienten, inte sjuksköterskan.

Holm Ivarsson (2009) beskriver motiverande samtal som en evidensbaserad metod som först utvecklades för att användas till alkoholberoende patienter men metoden har visat sig mer tillfredsställande än traditionell rådgivning vid egenvård och livsstilsförändringar. Rubak et al. (2005) påvisade dock i sin metaanalys av tidigare forskningsmaterial att motiverande samtal har en signifikant och klinisk relevant effekt vid beräkningar gjorda gällande body mass index (BMI), kolesterolhalt, systoliskt blodtryck och alkoholkoncentrationer i blodet. Vid effektberäkningar för cigarettanvändning och medelblodsocker visades inte någon signifikant effekt. Det framkom i studien att kortare möten på cirka 15 minuter gav viss effekt men att det krävs mer än ett möte med patienten säkerställa effektiviteten.

Sveriges beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2014) beskriver att MI sannolikt har olika effekt på olika patientgrupper beroende på tillstånd samt aktuell motivation till beteendeförändring. SBU har i en rapport från 2001 konstaterat effekt hos personer med ett alkoholrelaterat riskbruk. Däremot visar en annan rapport från SBU (2009) att det inte funnits några skillnader i glukosnivåer hos diabetespatienter efter användning av MI metoden eller efter sedvanlig rådgivning.

Förhållningssätt i motiverande samtal

Holm Ivarsson (2009) menar att den grundläggande samtalstekniken i MI är reflektivt lyssnande, och består av *bekräftelse*, *öppna frågor*, *reflektioner* och *sammanfattningar*. Med *bekräftelse* menas att sjuksköterskan visar att hon ser och uppskattar patientens kompetens och ansträngningar. Till exempel; ” jag ser att du kämpar och fortsätter med att försöka hitta strategier för att inte röka”. Du är duktig!” *Öppna frågor* inleds med; berätta, på vilken sätt, hur eller vad och inbjuder till berättande svar. Till skillnad från slutna frågor som besvaras med ja och nej. Fördelen med öppna frågor är att sjuksköterskan visar att hon är intresserad av patienten och patienten kan berätta om det hon tycker är viktigt. På så sätt får sjuksköterskan mer information och förtroendefulla relationer kan utvecklas. *Reflektion* är en central teknik i MI och görs kontinuerligt under samtalet. Vid *enkel reflektion* återspeglar sjuksköterskan det patienten sagt fast med andra ord. När man återspeglar en känsla eller

innehörden av det som sagts kallas det för *komplex reflektion*. Reflektion är ett sätt att visa empati samtidigt som patienten förstår att sjuksköterskan lyssnar och har förstått rätt.

Sjuksköterskan kan styra samtalet genom att välja vad hon reflekterar och därmed förstärka vissa saker. Exempelvis, när patienten pratar om förändring kan sjuksköterskan förstärka förändringspratet vilket leder till att patienten förmodligen pratar mer om förändring. *Sammanfattning* fyller ungefär samma funktion som reflektioner men innebär ännu större möjlighet för sjuksköterskan att samla ihop och betona vissa saker som hon vill förstärka. Sammanfattning är även lämpligt för att klargöra och förstå det som patienten berättat (Holm Ivarsson, 2009).

Sjuksköterskan arbetar efter *fyra principer* i MI samtalet; *visar empati genom reflektivt lyssnande*. *Strävar efter att utveckla diskrepansen*, det vill säga utvecklar en känsla av att saker och ting inte är som det borde vara och att något bör förändras. Därför fokuserar sjuksköterskan på negativa konsekvenser av beteendet och positiva konsekvenser av ett förändrat beteende. Genom att *stödja självtillit*, visar sjuksköterskan att hon tror på patientens förmågor. *”Rulla med motstånd”*, handlar om att patientens motstånd till förändring kan märkas genom att denne blir irriterad och argumenterar emot förändring. Istället för att börja argumentera med patienten kan sjuksköterskan *”rulla med motstånd”* för att visa att sjuksköterskan accepterar vad patienter säger och göra en reflektion och därmed bekräfta det sagt. För att återskapa känslan av kontroll hos patienten och förstå mer kan sjuksköterskan därefter ställa en öppen fråga, till exempel *”berätta mer om hur du tänker* (Holm Ivarsson, 2009).

Problemformulering

Osunda levnadsvanor ger en ökad risk att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar vilket innebär en utmaning för sjukvården. Lagar och nationella riktlinjer påvisar att sjuksköterskor ska arbeta hälsofrämjande och personcentrerat. Motiverande samtal är en evidensbaserad metod vid livsstilsförändringar för att framkalla patientens egen motivation till förändring. Författarna vill undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med motiverande samtal vid ohälsosamma levnadsvanor och livsstilsförändringar för att få en djupare förståelse för metoden och därmed identifiera effektivitet och eventuella brister.

Syfte/Frågeställningar

Syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med motiverande samtal vid livsstilsförändringar.

Teoretiska utgångspunkter

The Human becoming

I denna litteraturoversikt kommer Parse's omvårdnadsteori *The Human becoming*, tillämpas och diskuteras i resultatdiskussionen. Teorin handlar om mänsklig utveckling och transformation vilket författarna anser knyter väl an till metoden MI som handlar om utveckling och förändring. Begreppet *tillblivelse* (eng. becoming) handlar om en tillblivelseprocess där människan ständigt blir till som sig själv där *människa-universum-hälsa* är en odelbar enhet (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). Parse (1981) menar att hälsa är en ständigt pågående och föränderlig process där välbefinnande skapas genom personens egna upplevelser.

Tillblivelse

Parse's (1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) omvårdnadsteori innehåller olika antaganden om människans tillblivelse. *Människan samexisterar med universum och deltar i rytmiska mönster*. De rytmiska mönstren kan förstås som relationsmönster som utvecklas tillsammans med andra och unika för varje enskild individ som formas livet igenom i samspel med andra. *Människan är öppen och kan välja vilken mening hon tillskriver situationen och ansvarar för sina beslut*, människan har en egen perspektivgivande funktion och är ansvarig för sina egna beslut.

Människan är en levande enhet som kontinuerligt deltar i samskapandet av relationsmönster, relationsmönstren kommer till uttryck genom det verbala språket men även genom det icke-verbala i form av gester, kroppshållning och blickar. Då ingen relation är den andre lik blir dessa mönster unika för varje enskild individ. Sjuksköterskans uppgift är att genom sin närvaro dröja sig kvar i nuet och stödja och vägleda patienten i dennes hälsoprocess (Parse, 1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Människan har obehindrade möjligheter att överskrida (transcendera) sina gränser. Genom att överskrida sina gränser kan människan drömma sig bort till en annan tid eller plats när tillvaron upplevs outhärdlig. Planer för framtiden kan skapas och människan kan bli något annat än det man har varit och därigenom skapa ny mening i tillvaron. Detta kan förstås som

en källa till hopp, kraft och förändring. *Mänsklig utveckling är att människan-lever-hälsa.* Människans upplevelse av att hon utvecklas och väljer att vara, är hälsa. Även om situationen skapas tillsammans med andra så är det den enskilda människan som väljer och har ansvar i situationen. *Mänsklig utveckling är ett rytmiskt samskapande av den ömsesidiga relationen mellan människan och universum.* Vi lämnar och förenas med företeelser som platser, människor och det nya perspektivet öppnar möjligheter att tillskriva tillvaron mening (Parse, 1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Mänsklig utveckling byggs upp av människans mönster för att prioritera världen. Hälsa blir därigenom en fråga om att leva enligt sina värden och ideal som speglar de val människan gjort. *Mänsklig utveckling är en intersubjektiv process där hon överskrider gränserna för sina möjligheter.* Antagandet knyter hälsa till hopp där människan måste lämna det välbekanta till företräde av det okända och den framtid hon bara kan föreställa sig. *Mänsklig utveckling är att växa som människa* (Parse, 1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Teman och principer

Utifrån sin omvårdnadsteori har Parse (1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) skapat tre teman; *mening, rytmicitet och transcendens.* Genom dessa teman har hon utvecklat tre *principer* att arbeta utifrån i klinisk praxis. ”Att strukturera mening” handlar om att människan tillskriver saker mening och tolkar situationer utifrån tidigare erfarenheter och sin egen verklighet. Den andra principen handlar om ”rytmicitet” och belyser människans relation med andra som vid förändring är fyllt av paradoxer som bidrar till rytmiciteten.

Den tredje principen ”*gemensamt gränsöverskridande*” belyser att människan förändras genom livet och ställs inför nya möjligheter. De val som görs innebär steg till förändring och genom den ständiga tillblivelseprocessen formar människan sig själv och sitt liv. Utifrån denna princip har två begrepp utformats. *Energi* rör människans vilja att röra sig mot framtiden och livets utmaningar. *Nyskapande* handlar om att söka och nära det unika hos varje individ. Människan ställs inför valet att vara som andra eller att vara annorlunda. Förändring föranleder en ovisshet inför det nya och okända, att vara följsam eller att gå sin egen väg (Parse, 1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Omvårdnadsteorin i klinisk praxis

Parse (1998) beskriver att de sammanhang där omvårdnad uppstår är personliga och målet för omvårdnadens disciplin är livskvalité utifrån människors egna perspektiv. Livskvalité skapas utifrån levda erfarenheter och kan bara beskrivas av individen själv utifrån det sammanhang

människan befinner sig i. Sjuksköterskans mål är att vara närvarande i denna strävan där individens egna uppfattning ska respekteras även om detta inte stämmer överens med sjuksköterskans perspektiv.

Parse (1987, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) menar att hälsa inte ska ses som motsatsen till sjukdom utan som en kontinuerlig process. I samexistens med andra människor ges tillfälle att utvecklas. Sjuksköterskans uppgift är att med sin närvaro stödja patienten i processen, inte diktera villkoren. Genom detta skapas förutsättningar för hälsa där patienten kan uppleva mening och utvecklas i livets svårigheter.

Parses (1981) konsensbegrepp *Hälsa* är utgångspunkten i denna litteraturöversikt. Människans hälsa ses som en kontinuerlig och ständig process som skapas i, av och mellan människor i deras omgivning. Enligt Wiklund Gustin & Lindwall (2012) kan Parses omvårdnadsteori uppfattas som abstrakt då den rör sig med flera begrepp som inte är självklara i det vardagliga språket. Författarna är väl medvetna om detta men anser dock att teorin som fokuserar på omvårdnad är applicerbar i litteraturöversikten.

Metod

Litteraturöversikt

Examensarbetet har gjorts som en litteraturöversikt. Enligt Friberg (2012) skapar litteraturstudier en sammanställning av redan publicerad forskning. Översikten baseras på ett systematiskt urval av artiklar som kvalitetsgranskas och analyseras för en beskrivande översikt.

Datainsamling

Författarna har använt sig av databaserna Cinahl complete och PubMed för att samla in vetenskapliga artiklar för att besvara litteraturöversiktens syfte. Ämnesorden söktes fram med hjälp av Mesh termer i PubMed och Medical Headings i Cinahl complete. Primärt sökord som användes var: *motivational interviewing* i kombination med fria sökord; *lifestyle changing*, *lifestyle changes*, *nurse*, *experience*, *primary care*, *nursing* och *nursing role*. Sökorden har kombinerats med konjunktionen AND för att bredda antalet träffar, se bilaga 1. Nurs* trunkerades, detta skapar enligt Östlundh (2012) ett större urval av artiklar genom att flera böjningar av sökordet inkluderas. En sekundär manuell sökning i Cinahl complete gjordes efter att vald resultatartikels referenslista studerats då denna artikel; *Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experience*

ansågs relevant för studiens resultat. Östlundh (2012) menar att genom att studera andra artiklars referenslista säkerställs att all relevant litteratur tillvaratas. En vald artikel fanns inte tillgänglig i full text men ansågs relevant för litteraturöversiktens syfte och beställdes därmed från biblioteket på Ersta Sköndal Bräcke högskola, se bilaga 1.

Urval

Vid urvalet av artiklar läste författarna först rubriker på samtliga sökträffar för att få en indikation om artikeln var relevant för litteraturöversiktens syfte. Därefter lästes sammanfattningen på de studier som ansågs avspegla översiktens syfte. Ansågs artiklarna relevanta lästes därefter hela artiklarna. Inklusionskriterier för valda artiklar var vetenskapligt granskade med full text, abstract tillgängligt, skrivna på engelska och human med publicering mellan år 2007–2017. MI vid specifika diagnoser exkluderades då de inte ansågs besvara litteraturöversiktens syfte. Undantag gjordes dock i en vetenskaplig artikel som ändå inkluderades då resultatet besvarade syftet med litteraturöversikten. Fyra artiklar var kvalitativa, fem kvantitativa och två artiklar var av mixad metod. Totalt valdes 11 artiklar ut som ansågs besvara litteraturöversiktens syfte, se bilaga 2.

Analys

Resultatet i litteraturöversikten har analyserats utifrån Fribergs analysmetod (Friberg, 2012). De valda resultatartiklarnas lästes upprepade gånger i sin helhet av författarna var för sig för att få en övergripande förståelse för studiernas resultat. Därefter lästes artiklarna tillsammans för att granska kvalitén samt säkerställa korrekt och enig tolkning av innehåll samt granskades artiklarnas metod och analys för att skapa en uppfattning om kvalitet och trovärdighet. Genom att läsa artiklar flera gånger menar (Friberg, 2012) att det gör det enklare att granska vetenskaplig kvalitet och urskilja artiklar att inkludera i litteraturstudien. De valda artiklarna var skrivna på engelska och för att säkerställa att inga misstolkningar gjorts har lexikon använts för att få en korrekt översättning. Författarna diskuterade därefter likheter respektive skillnader i artiklarnas resultat som kategoriserades och färgkodades. De färgkodade kategorierna sammanställdes slutligen i tre teman.

Forskningsetiska överväganden

För att en studie ska kallas etisk måste studien handla om väsentliga frågor, innefatta god vetenskaplig kvalitet samt genomföras på ett etiskt sätt. Etiska överväganden ska göras med

respekt för medverkandes autonomi, göra gott och inte skada med krav på informerat samtycke och konfidentialitet krävs genom hela projektet. Ett gott vetenskapligt arbete innebär att teori, metod, diskussion och resultat passar den valda designen samt besvarar forskningsfrågan (Sandman & Kjellström, 2013).

Författarna har kritiskt granskat hur urvalet sett ut i de valda resultatartiklarna. Vid val av vetenskapliga artiklar har författarna objektivt kontrollerat att det finns ett etiskt ställningstagande, att artiklarna är forskningsetiskt granskade och valt att exkludera artiklar som inte uppfyller dessa krav.

Resultat

Författarna presenterar resultatet av artiklarna i tre teman; *upplevelser av motiverande samtal, förutsättningar för motiverande samtal och förhållningssätt i arbetet med motiverande samtal*. Samtliga teman är relaterade till sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med motiverande samtal vid livsstilsförändringar.

Upplevelser av motiverande samtal

MI beskrivs i flera artiklars resultat som ett empatiskt, respektfullt, kommunikativt och användbart redskap som stimulerar till motivation gällande livsstilsförändringar (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh, 2011; Östlund, Wadensten, Häggström, Lindqvist & Kristofferzon, 2016; Östlund, Wadensten, Kristofferzon & Häggström, 2014).

Sjuksköterskorna menade i studien av Brobeck et al. (2011) att MI är vägledande i vårdrelationen. Genom förbättrade hälsodialoger hade sjuksköterskorna skapat sig en större förståelse för patientens livsstilsproblem. Detta gjorde att sjuksköterskorna känt sig mer självsäkra i att de gjort ett bra arbete. Flera sjuksköterskor menade att tekniken i MI kunde användas vid olika typer av dialoger och inte endast vid samtal gällande livsstilsförändringar. En del sjuksköterskor beskrev vidare att MI i sin fulla helhet ibland upplevdes vara en begränsning i arbetet. Detta gjorde att sjuksköterskorna i en del samtal med patienter ansåg det lämpligt att välja ut vissa delar i metoden.

Resultaten i flera studier visade att sjuksköterskorna upplevde en utmaning i att förändra sina redan inlärdasamtalsvanor och kommunikationsfärdigheter (Brobeck et al., 2011; Dray, Gilchrist, Singh, Cheesman & Wade, 2014; Söderlund Lindhe, Nilsen & Kristensson, 2008; Östlund et al., 2016; Östlund et al., 2014). För att överkomma inre motstånd till att lära sig

något nytt menade sjuksköterskorna att det krävdes en öppenhet och en personlig vilja att arbeta med livsstilsförändringar.

I studien av Östlund et al. (2014) beskrev sjuksköterskorna att det upplevdes svårt att tänka annorlunda och lyssna utan att komma med rådgivande lösningar. Sjuksköterskornas tidigare roller som experter hade förändrats till vägledande och anpassande. En del sjuksköterskor menade att de kände sig osäkra på om de använde MI på rätt sätt. Denna osäkerhet ledde till att sjuksköterskorna inte använde metoden alls. Detta framkom även i Söderlund Lindhe et al. (2008) där sjuksköterskorna beskrev en önskan om att komma med lösningar och råd.

Sjuksköterskorna menade att det krävdes ett aktivt lyssnande, intresse och ett närvarande när de satt tysta och lyssnade på patienten. De menade att sjuksköterskan genom detta visar att hon är aktivt trots att en passiv roll intas. En annan svårighet gällande användandet av metoden som framkom handlade om att sjuksköterskorna hade svårt att använda sig av MI med patienter som var ovilliga att ta ansvar för sin egen hälsa. Detta upplevdes frustrerande och som ett hinder då sjuksköterskorna trots upprepade försök inte fått patienten motiverad.

Östlund et al. (2014) fann att brist på patienter i behov av livsstilsförändringar och sjuksköterskors ointresse av att arbeta med livsstilsförändringar var aspekter som påverkade användandet av MI. Sjuksköterskorna beskrev också att de ofta kände av att arbetsbelastningen var hög och att många hälsotillstånd tog mycket tid i anspråk gällande att informera om sjukdomen. Detta innebar att sjuksköterskorna inte hade haft möjlighet att använda sig av MI:s alla delar på ett korrekt sätt då metoden ansågs tidskrävande.

Förutsättningar för motiverande samtal

I flera resultat beskrev sjuksköterskorna ett behov av längre utbildning i MI (Brobeck et al. 2011; Dray et al., 2014; Österlund Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson och Klang, 2011; Östlund, Wadensten, Häggström & Kristofferzon, 2013; Östlund et al., 2014). Brist på tillräcklig och adekvat utbildning ansågs bland sjuksköterskorna som ett primärt hinder för att inte behärska metoden och implementera MI i arbetet. För att möjliggöra användning av MI på arbetsplatsen beskrev sjuksköterskorna i Östlund et al. (2014) att det krävs ett öppet och tillåtande arbetsklimat bland kollegor med en tydlighet och ett intresse från ledningen om hur MI ska användas.

Östlund et al. (2013) jämförde i sin studie i vilken omfattning 673 distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor använde sig av MI i arbetet. I resultatet framkom att mer än hälften hade utbildning i MI och nästintill alla av dem använde sig utav metoden i arbetet. Några angav att de använde MI utan att ha fått utbildning i metoden. Fler distriktssköterskor än

allmänsjuksköterskor hade utbildning i MI. De som använde sig av metoden var äldre, hade mer yrkeserfarenhet, längre utbildningstid i MI samt hade fått uppföljning och återkoppling. Både distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor angav i studien tidsbrist som primärt hinder för att inte använda MI. Även mer utbildning i metoden ansågs behövas relaterat till den osäkerhet sjuksköterskorna upplevde inför att använda MI. Andra svårigheter kopplade till MI handlade om att det är en tidskrävande metod som inte passar alla, vare sig patienter eller sjuksköterskor. Sjuksköterskorna uppgav att patienterna kunde vara ovilliga att diskutera livsstilsförändringar vilket ansågs som en svårighet. Likaså angav sjuksköterskorna sitt eget bristande intresse gällande metoden som ett hinder för användandet av MI.

Österlund Efraimsson et al. (2011) undersökte i sin studie sjuksköterskors kommunikationsfärdigheter i MI efter fyra dagars utbildning. Resultatet visade att efter utbildningen kunde inga skillnader identifieras varken på individ eller gruppnivå. Sjuksköterskorna visade bristfällig empati och uteblivet stöd åt patienternas autonomi. Generellt under samtalen pratade sjuksköterskorna mer än patienterna. Öppna frågor och komplexa reflektioner användes sällan, istället styrdes kommunikationen av information. Detta bekräftas av Jansink et al. (2013) som rapporterar i sin studie att efter ett års användning av MI hade sjuksköterskorna endast förbättrat några få färdigheter. Dessa var att bjuda in patienterna att prata om beteendeförändring samt att bedöma patienternas motivation och självförtroende till att genomföra livsstilsförändringar. Sjuksköterskor med MI utbildning hade även längre samtal med patienterna. I större utsträckning diskuterades livsstil och patienternas motivation till förändring, detta kopplades till sjuksköterskornas MI färdigheter.

Östlund et al. (2014) fann att komplexa reflektioner och inlärd färdigheter lätt glömdes bort av sjuksköterskorna om de inte kontinuerligt utövade MI. Dray et al. (2014) fann i sin studie att bättre relationer mellan patienter och sjuksköterskor etablerades även efter kortare utbildning. MI:s strukturerade förhållningssätt förbättrade förståelsen för patienternas behov och problem. Sjuksköterskorna visade signifikant ökad kompetens och följsamhet i praktiken vilket bidrog till att patienterna tilläts ta större ansvar för sin förändring. Antalet förtidiga utskrivningar gällande patienter med ätstörningar minskade efter att sjuksköterskorna genomgått utbildning i metoden.

MI upplevdes i flera studier som tidskrävande bland sjuksköterskorna som haft en önskan om att få mera tid avsatt för att använda metoden (Söderlund Lindhe et al., 2008; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna beskrev i studien av Östlund et al. (2014) att när de gavs tid för reflektion och återkoppling för att dela med sig av erfarenheter skapades möjligheter att utveckla MI färdigheter. Detta stärks av resultaten i Noordman, van der

Weijden och van Dulmen (2014) som fann att sjuksköterskor som fått videoåterkoppling på sina motiverande samtal visade sig vara mer lyhörda för patienternas behov och hade förbättrat sina kommunikationsfärdigheter i MI. Sjuksköterskorna gav mer uppmärksamhet vid fysiska undersökningar samt mer lättförståelig information. Sjuksköterskorna i studien av Söderlund Lindhe et al. (2008) upplevde att det var lättare att implementera sina färdigheter i MI genom gradvist och kontinuerligt integrerade av metoden i klinisk praktik. Genom att kombinera teori och praktik upplevde sjuksköterskorna att de förfinade sina MI färdigheter.

Förhållningssätt i arbetet med motiverande samtal

Östlund et al. (2016) undersökte i sin studie vilken typ av förhållningssätt i MI som leder till samtal om förändring. Studien visade att sjuksköterskor i primärvården oftast använde sig av neutralt inriktade samtal med allmän information och neutralt slutna frågor. Genom att sjuksköterskorna användande sig av öppna och negativa frågor, komplexa och positiva reflektioner fann man det sannolikt att det ledde till samtal gällande förändring. Positiva frågor och negativa reflektioner bidrog till vidhållande samtal.

Östlund et al. (2014) fann att både patienter och sjuksköterskor drog nytta av motiverande samtal då metoden framkallade och utvecklade färdigheter hos båda parter. För sjuksköterskor som använde metoden upplevdes MI underlätta arbetet med patienter i behov av livsstilsförändring. Genom att vara på samma nivå som patienten spelade rollen som yrkesutövare och patient mindre roll vilket främjade ett gott samarbete.

Noordman, van de Vet, van der Weijden och van Dulmen (2013) fann i sin studie att sjuksköterskorna generellt tillämpade sina MI färdigheter och bjöd in till förändringssamtal då patienterna befann sig i fasen av att vara *beredd* och inte i lika stor omfattning i de inledande faserna *inte beredd* och *ambivalent*. Sjuksköterskorna anpassade sig till viss del till patienternas ”Stages of Change”. I fasen *beredd* då sjuksköterskorna i större utsträckning fokuserade på att samtal om förändring var även patienterna mer benägna att prata om beteendeförändringar. Sjuksköterskorna ägnade mindre uppmärksamhet åt utmaningar som patienterna ställdes inför i faserna av *handling* och *vidmakthållande* än i de andra faserna.

I studien av Brobeck et al. (2011) visade det sig mer effektivt i de fall patienterna blev de mest aktiva i samtalet och själva kom med lösningar och strategier än om sjuksköterskorna gav liknande råd. Grunden för samarbetet skapades genom att sjuksköterskorna uppmärksammade vilka förändringar patienterna var villiga att göra och var i denna förändringsprocess patienterna befann sig.

Sjuksköterskorna i studien av Hörnsten, Lindahl, Persson, & Edvardsson (2013) upplevde att hälsosamtalet förändrats genom åren. Från att ha levererat laboratoriesvar och fakta om dieter och motion till mer diskussionsbaserat med fokus på livsstil. Sjuksköterskorna beskrev att patienterna utvecklat en medvetenhet om samspelet mellan fysisk och psykisk hälsa. En utmaning som beskrevs var att ta sig tid att lyssna på patientens egna erfarenheter av problemet. Speciellt visade det sig viktigt med lyhördhet gällande patienter från andra länder där språkbarriären kunde bidra till ojämn maktbalans mellan patienterna och sjuksköterskorna. För patienter med en undvikande inställning med undanflykter i samtalet kunde vänlighet och välkomnande skapa tillit och förtroende, vilket bidrog till ärliga dialoger. Kvinnors samtal var ofta mer känslomässigt laddade och det upplevdes lättare att samtala med kvinnor gällande motivation. Det upplevdes svårare att samtala med äldre män om livsstilsförändringar och hälsosam livsstil. Män var i större utsträckning oroliga över specifika problem som alkoholintag eller övervikt. Sjuksköterskorna beskrev att det fanns skillnader i att föra olika ämnen på tal. Alkohol och rökning upplevdes vara neutrala medan övervikt, sexualitet, ensamhet, våld och missbruk var mer känslomässigt laddade områden att diskutera och då framförallt med män.

Diskussion

Litteraturöversiktens resultat diskuteras utifrån Parse's teori, *Human becoming* och utifrån vetenskaplig litteratur. I metoddiskussionen värderas studiens metod, urval och analys (Friberg, 2012). Författarna presenterar resultatdiskussionen i tre delar, *personcentrerad vård, delaktighet i en jämlik vårdrelation och utveckling*.

Metoddiskussion

Litteraturöversikten är baserad på vetenskapliga artiklar och utifrån valda sökord som ansågs relevanta svarar samtliga studier på litteraturöversiktens syfte. Författarna försökte kombinera ytterligare sökord och sökningar gjordes även i Ageline och Nursing & Allied Health utan att ytterligare artiklar som ansågs svara på syftet hittades. För att ta del av den senaste forskningen begränsades urvalet till publikationer gjorda de senaste 10 åren. Författarna sökte artiklar i flera databaser, detta för att enligt Henricsson (2012) stärka validiteten då chansen ökar att finna relevanta artiklar. Totalt gjordes 7 sökningar som resulterade i 157 vetenskapliga artiklar och 11 artiklar som ansågs svara på litteraturöversiktens syfte valdes ut.

Möjligtvis hade resultatet av vår översikt blivit annorlunda om vi haft tillgång till artiklar som varit låsta för betalning. Författarnas analys av resultatet har med största sannolikhet påverkats av att det var första gången vi skrev en litteraturöversikt. I en framtida studie med likande syfte skulle vi endast välja kvalitativa artiklar för att få ett så överförbart resultat som möjligt. Kvalitativ forskning är enligt Henricsson och Billhult (2012) en lämplig metod när författaren söker svar gällande erfarenheter och förståelser för innebörder av upplevelser och fenomen. I resultatet användes fyra kvalitativa, fem kvantitativa och två artiklar med mixad metod. De kvantitativa artiklar som valdes ut ansågs vara av tillräckligt beskrivande karaktär för att besvara litteraturöversiktens syfte.

Författarna exkluderade artiklar som studerade effekten av MI vid specifika diagnoser då vi fann att resultatet ofta redovisades i kvantitativa svar alternativt ur patientperspektivet och därmed inte var relevant för vårt syfte. Dock användes en artikel som studerade effekten på videoåterkoppling för sjuksköterskor som använde sig av MI. Artikeln belystes ur sjuksköterskeperspektivet och besvarade således vårt syfte. Få artiklar som svarade på syftet endast gällande allmänsjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal hittades. Detta kan ses som en svaghet men författarna har varit medvetna om detta och valda studier innefattande både allmänsjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Författarna menar att det även ligger en styrka i att studierna är till stor del genomförda vid primärvård då metoden är implementerad i verksamheten samt att de som medverkat i studierna haft utbildning och erfarenhet av metoden, vilket stärker kvalitén på forskningen.

Författarna har valt att titta på sju studier gjorda i Sverige, tre från Nederländerna och en från Australien. Styrkan i detta ligger i att en likvärdig och rättvis värdering gällande förutsättningar har kunnat göras då länderna har likartad sjukvårdsstandard och utbildningsnivå. Svagheten kan vara författarnas okunskap om sjukvårdssystemen i Nederländerna och Australien. Detta kan ha bidragit till feltolkning av begrepp vi översatt från engelska. Likaså har samtliga artiklar och Pares litteratur varit skrivna på engelska. Författarna har svenska som modersmål och har ibland varit osäkra på engelska ord, benämningar och sammanhang. För att översätta konkreta ord har engelskalexikon använts. Vid svårförstådda sammanhang och begrepp har en svensk-amerikansk vän till en av författarna hjälpt till med översättning.

Författarna har medvetet försökt att bortse från sina tidigare erfarenheter gällande sjuksköterskors rådgivande sätt att arbeta, för att inte låta den egna förförståelsen för fenomenet påverka analysen av studiernas resultat.

För att stärka trovärdigheten har samtliga artiklar läst var och en för sig. Därefter har en diskussion förts gällande analys av artiklarna för att säkerställa att författarna uppfattat artiklarnas innehåll och resultat på samma sätt. Detta även för att undvika feltolkningar vilket stärker reliabiliteten. Insamlat material har kvalitetsgranskats och analyserats med Fribergs analysmetod (Friberg, 2012). Samarbetet mellan författarna har fungerat väl gällande formuleringar av text då författarna till största del skrivit tillsammans. Vid tillfällen då författarna skrivit åtskilda har medförfattaren läst och vid behov har en gemensam revidering skett innan texten använts i arbetet. Meningsskiljaktigheter gällande tolkningar av resultat och teorier som uppstått har genom diskussion resonerats fram till gemensamma lösningar där båda parter funnit en konsensus kring dess innebörd.

Resultatdiskussion

I denna litteraturöversikt belyses sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med MI. I resultatet framkom att sjuksköterskorna ansåg att MI bidrog till att jämlika vårdrelationer skapades samt att motivation gällande livsstilsförändringar stimulerades med metoden. Sjuksköterskorna beskrev behovet av kontinuerlig handledning för att fortsätta använda MI i arbetet. Sjuksköterskorna upplevde genomgående att utbildningstiden var för kort för att de skulle känna trygghet i sin nya vägledande roll. För att kunna implementera MI menade sjuksköterskorna att det krävdes ett öppet arbetsklimat med tydlig ledning där tid för reflektion och integrering avsattes. Tidsbrist angavs som argument för att återgå till tidigare samtalsstilar. Sjuksköterskorna beskrev olika förutsättningar för att arbeta effektivt med MI i olika patientgrupper. Genom att tillvarata patienternas egna erfarenheter gällande hälsa och livsstil uppnåddes i större utsträckning hållbara lösningar och strategier.

Personcentrerad vård

MI förbättrar förståelsen för patienternas behov och kan vara en hjälp gällande att påbörja, fortsätta och fullfölja behandling menar Miller och Rollnick (2013). I litteraturöversiktens resultat framkom att MI genom vägledning framkallar patientens egen motivation till förändring och följsamhet till behandling. Det visade sig mer effektivt när sjuksköterskorna anpassade sig till vilken del i förändringsfasen som patienterna befann sig i samt lät patienterna hitta egna lösningar och strategier. Detta styrks i studien av Brobeck, Odencrants, Bergh, och Hildingh (2014) där det framkom att genom en ömsesidig interaktion och diskussion med patienterna gällande livsstilsförändringar lades grunden till att skapa motivation för att påbörja livsstilsförändring.

Författarna menar att transcendensen och rytmiken i Parse (1981) kan förstås som de olika stadierna i "Stages of Change" där förändringen är en ständig process. Parse (1981) beskriver att sjuksköterskans uppgift är att vägleda människor i deras egna val och finna möjligheter i hälsoprocessen. Författarna menar att patienterna kan röra sig mellan de olika faserna i ett samspel med sjuksköterskan. Motivationen kan infinna sig genom att patienten *transcenderar* och ser sig själv i en förändrad form, vad kommer uppnås och vad får förändringen för konsekvenser. Detta kan förstås som en källa till hopp, kraft och meningsskapande i tillvaron. Detta bekräftas av Hörnsten och Graneheim (2009) som i sin studie fann att patienterna önskade att sjuksköterskorna inte bara skulle informera om risker och komplikationer utan lägga mer fokus på att se möjligheter och inge hopp. Patienterna upplevde att överdriven press på livsstilsförändringar ibland bidrog till känslor av maktlöshet vilket ledde till att de inte förmådde sig att göra några livsstilsförändringar. Författarna menar att detta kan stödjas med Parse (1981) som menar att sjuksköterskans ansvar är att vägleda människor till självständiga val genom att uppmärksamma deras möjligheter och förmågor. Parse (1981) menar att detta framkallas genom att sjuksköterskan är ärlig, uppmärksam och lyhörd inför patientens eventuella sinnesstämning.

Författarna menar att utifrån litteraturstudiens resultat behöver sjuksköterskor använda mer öppna frågor och göra komplexa reflektioner inriktade på livsstil för att öppna upp för att prata om förändringar. Detta stärks även av Morris och White (2007) som i sin studie gällande MI beskrev att för att främja optimism och skapa en tillitsfull vårdrelation krävdes stark empati och att det var den kraften som främjade patientens tro på sina möjligheter att skapa förändring och slutligen tron på sig själv.

I resultatet framkom att en del patienter var mer benägna att prata om beteendeförändringar när de var i fasen att vara *beredd*, då fokus ligger på planering av genomförandet. Författarna menar att det kan vara viktigt att alltid ta detta i beaktande och individanpassa samtalet genom personcentrering utifrån vilket stadie patienten befinner sig i för att möjliggöra en hållbar förändring. Shinizky och Kub (2001) fann att bakslag och återfall vid livsstilsförändringar var så vanligt förekommande att det verkade vara en norm, men att det hade en viktig innebörd för tillämpandet av MI. Istället för att sjuksköterskorna stämplade patienterna som "omotiverade" och "icke-följsamma" för att undvika skuldbeläggande visade det sig att sjuksköterskorna istället bör värdera patienternas motivation med hjälp av förändringshjulet och på så vis utveckla en optimal vårdplan. Författarna menar att detta även belyses i Parses (1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) teori där principen *Energi* rör människans vilja att röra sig mot framtiden och livets utmaningar.

Patienterna i studien av Hörnsten och Graneheim (2009) beskrev att de ofta fick goda råd om livsstilsförändringar som de förväntades följa trots att de saknade motivation för förändring. Författarna vill belysa att en grundläggande del i förändringsarbetet gällande hälsa både i Pareses omvårdnadsteori och i MI handlar om att se människan som en meningsskapande individ där förändringen utgör en process (Miller & Rollnick, 2013; Parse, 1998). Genom samtal kan patienten sätta ord på tankar och känslor som kan ha funnits i det omedvetna. Sjuksköterskan ska inte försöka ta kommandot utan följa patientens process i dennes rytm och genom att vara närvarande utan att döma. Författarna ser detta som att genom att sjuksköterskan har ett reflektivt lyssnande och är uppmärksam och lyhörd inför vilken motivationsnivå patienten har, kan sjuksköterskan ge stöd och lägga en grund för motivation.

Delaktighet i en jämlik vårdrelation

Litteraturoversiktens resultat visade att delaktigheten i det vårdande mötet kunde skilja sig åt i olika patientgrupper. Författarna uppfattar att det är påtagligt att dialogen måste individualiseras så att patientens förväntningar klargörs i början av samtalet. I resultatet framkom att möjligheten att bjuda in till motiverande samtal påverkades av språkbarriärer, genuskillnader, socioekonomiska aspekter, ålder och obenägenhet till förändring bland patienterna. Detta beskrivs även i Vårdgivarguiden (2015) som menar att det är av stor vikt att rådgivning och samtal anpassas till individens perspektiv med hänsyn till utbildningsnivå, socioekonomiska skillnader, funktionsnivå, kulturella skillnader och genusperspektiv.

Detta betonas även av Hörnsten och Graneheim (2009) som i sin studie gällande sjuksköterskors dialogstrategier om hälsa och livsstil fann att det var viktigt att hälsodialogen individualiserades. Genom att sjuksköterskan lyssnade aktivt och eftersträvade en jämlikhet i dialogen skapades förutsättningar för personcentrerad vård. I resultatet menade en del sjuksköterskor att både MI som metod samt intresse gällande livsstilsförändringar är faktorer som gör att metoden inte passar alla sjuksköterskor.

I studien av Hörnsten och Graneheim (2009) framkom att en del sjuksköterskor upplevde att de hade svårt att ta upp vissa områden som de själva upplevde känsligare än andra att diskutera. Detta bidrog till att sjuksköterskorna undvek att beröra dessa ämnen. Författarna menar att MI är ett komplext samspel mellan patienter och sjuksköterskor som man behöver ta i beaktande att även sjuksköterskans sätt att vara som individ påverkar mötet med patienten. Författarna menar att principen *rytmicitet* i Pareses (1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) teori belyser att människans relation med andra är fyllt av

paradoxer och *relationsmönster* där ingen relation är den andre och unika för varje enskild individ.

I resultatet belystes bland sjuksköterskorna att MI inte ansågs passa alla patienter. Författarna menar att en del patienter eftersträvar råd och rekommendationer istället för att få frågor gällande vad patienten själv anser eller tror. Detta bekräftas av Parse (1998) som menar att utifrån det sammanhang människan befinner sig i uppstår omvårdnad då livskvalité skapas utifrån människors levda erfarenheter och perspektiv. Detta styrks av Brobeck et al. (2014) som i sin studie fann att det krävs en sann önskan om livsstilsförändring för att lyckas och utan denna lust och utan självbestämmande finns inga goda förutsättningar för förändringar. Parse (1998, refererad i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) belyser detta genom sin princip *nyskapande* där det unika hos varje individ söks. Genom den osäkerhet som uppstår inför det okända i en förändring behöver patienten vara följsam eller gå sin egen väg.

Utveckling

I litteraturöversiktens resultat framkom att majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att MI utbildningen varit för kort vilket innebar att de känt sig otrygga i sin vägledande roll. De menade även att cheferna behövde avsätta tid för reflektion och återkoppling. Kontinuerlig handledning efter utbildning ansågs underlätta användning metoden. Författarna menar att detta betonar vikten av ett tydligt ledarskap på arbetsplatsen med intresse gällande både att implementera metoden men även ett engagemang gällande hur metoden används, där tid avsätts för kontinuerlig utbildning. Detta bekräftas av Miller & Rollnik (2013) som menar att fortlöpande utbildning och handledning är viktigt för att kunna utvecklas och fortsätta använda MI färdigheter. Detta styrks även i studien av Östlund, Kristofferzon, Häggström och Wadensten (2015) där det framkom att ingen av sjuksköterskorna uppnådde grundläggande färdigheter i MI:s alla delar. De sjuksköterskor som däremot hade genomgått längre utbildning i MI hade lättare för att använda sig av färdigheter som att göra komplexa reflektioner, ställa öppna frågor och visa empati.

Resultatet visade att distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet till viss del haft lättare att använda sig utav MI. Författarna menar att det dels kan bero på att distriktssjuksköterskorna genomgått specialistutbildning och besitter en bredare kompetens gällande folkhälsa och ansvarar för att skapa en hälsofrämjande vårdrelation. Likaså kan det faktum att de allmänsjuksköterskor som hade längre arbetslivserfarenhet kan ha fått mer tid till reflektion och återkoppling ha påverkat att de haft lättare för att använda sig av MI.

I Socialstyrelsens (2017) rekommendationer framgår att utbildningen i MI ska omfatta 3–4 dagar och därefter fortlöpande handledning och återkoppling på inspelade MI samtal. Författarna menar att genom fortlöpande handledning skapas en form av kompetenshöjning och kvalitetssäkring i hur metoden används av sjuksköterskorna och vad de eventuellt behöver förbättra. Författarna upplever efter litteraturgenomgångens resultat att MI är en komplex metod där tid för reflektion och återkoppling verkar vara avgörande när det gäller att implementera MI i arbetet.

Författarna menar att en viktig del i dagens hälso- och sjukvård handlar om att hantera livsstilsrelaterad ohälsa. I framtidens hälsosjukvård kommer primärvården få en alltmer större roll, ohälsotalen måste ned då kroniska sjukdomstillstånd genererar stora kostnader för samhället (Vårdgivarguiden 2015). Författarna menar att enligt Socialstyrelsen (2011) finns ojämlikheter i befolkningen kopplat till socioekonomiska faktorer. Genom att fler får stöd från sjukvården genom framförallt primärvården når dessa utsatta grupper kommer skillnaderna minska. Genom att fler får stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor finns även förutsättningar att minska den totala sjukdomsburden genom att sjukdomsförebyggande metoder prioriteras.

Kliniska implikationer

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att MI som evidensbaserad metod är betydelsefull för kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter i hälsofrämjande samtal. Det framkom att sjuksköterskor som genomgått MI utbildning är i fortsatt behov av kontinuerlig handledning och uppföljning. Sjuksköterskorna upplevde ökat utbildningsbehov och svårigheter fanns gällande att lära sig arbeta på ett nytt sätt och frångå tidigare invanda samtalsstrategier. Mot bakgrund av detta ställer sig författarna positiva till att MI med fördel skulle kunna implementeras i sjuksköterskors utbildning. Genom att erbjuda utbildning i MI:s samtalsteknik i grundutbildningen skulle flera av de svårigheter sjuksköterskorna uppgav kunna överkommas. Den patientcentrerade vården skulle kunna förbättras genom att studenterna fått längre utbildningstid i MI och utvecklat sina pedagogiska och kommunikativa förmågor under utbildningen.

Förslag till fortsatt forskning

I litteraturöversikten framkom att sjuksköterskorna upplevde flera svårigheter gällande att implementera MI i arbetet. En osäkerhet inför att använda metoden kopplades till att mer utbildningstid efterfrågades. Författarna menar att forskning gällande att undersöka om

effekten av förlängd utbildningstid kan underlätta implementeringen av MI i arbetet. Författarna anser även att det kan vara intressant att undersöka huruvida uteblivna effekter av MI hos patienter beror på sjuksköterskornas utbildningstid och kompetens i att använda MI. Vidare forskning gällande patienters erfarenheter och uppfattning av hälsofrämjande samtal kan vara av vikt. Genom att belysa vad som är viktigt i hälsofrämjande samtal ur patientperspektivet ges förutsättningar för utveckling av personcentrerad vård och större chanser till att patienten vidhåller livsstilsförändringar.

Slutsats

Sjuksköterskor ska arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. MI är en evidensbaserad metod med kapacitet att möjliggöra beteendeförändring hos patienter i behov av livsstilsförändringar. Resultatet i denna litteraturöversikts artiklar har visat att brist på utbildning och stöd i kombination med möjlighet att utöva metoden relaterat till tidsbrist har föranlett svårigheter i att implementera metoden i arbetet. Genom att överkomma dessa hinder och med rätt förutsättningar, finns potential att med hjälp av MI främja hälsa och skapa förutsättningar för effektiva samtal och strategier. Genom att stärka patientens motivation till livsstilsförändringar och därmed påverka sin egen hälsa skapas förutsättningar att förbättra folkhälsan både på individ och samhällsnivå.

Referensförteckning

*Avser studier som används i resultatet.

- Barley, E. & Lawson, V. (2016) Using health psychology to help patient: promoting healthy choices. *British Journal of Nursing*, 25(21), 1172-1175. Hämtad från databasen Cinahl.
- *Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*. 13(13), doi:10.1186/1472-6955-13-13
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- *Dray, J., Gilchrist, P., Singh, D., Cheesman, G., & Wade, T. D. (2014). Training mental nurses to provide motivational interviewing on an inpatient eating disorder unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 21, 652-657. doi:10.1111/jpm.12163
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. 2., (rev) uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten (2005). *En mer hälsofrämjande sjukvård*. Hämtad den 19 april, 2017, från, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21509/r200555underlagsrapport6.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Förändring är en process*. Hämtad 21 april, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/forandringens-dynamik/>
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Hälsa i olika grupper*. Hämtad den 19 april, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/>
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.133–143). Lund: studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.81–95). Lund: studentlitteratur.
- Henricsson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1 uppl., s 471-478). Lund: Studentlitteratur.

- Henricsson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1 uppl., s 129–138). Lund: Studentlitteratur.
- Holm Ivarsson, B. (2009). *MI - motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården: fysisk aktivitet, kost & övervikt, riskbruk av alkohol, tobaksbruk*. (1. uppl.). Stockholm: Gothia.
- Hörnsten, Å., & Graneheim, U. (2009). A lesson to learn – patients critiques of diabetes nursing. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 11(1). Hämtad från <http://ispub.com/IJANP/11/1/4278>
- *Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2013). Strategies in health-promoting dialogues-primary healthcare nurses' perspectives- a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28, 235-244. doi:10.1111/scs.12045
- *Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn G., Weiden, v.d., T., & Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. *BMC Family practice*. 14(44). Hämtad från PubMed den 16 mars, 2017.
- Kraja, F., Kraja, B., Mone, I., Harizi, I., Babameto, A., & Burazeri, G. (2016). Self-reported Prevalence and Risk Factors of Noncommunicable Diseases in the Albanian Adult Population. *Medical Archives* 70(3), 208–212. doi:10.5455/medarh.2016.70.208-212
- Low, W-Y., Lee, Y-K., & Lourdes Samy, A. (2015). Non-communicable diseases in the asia pacific region: Prevalence, risk factors and community-based prevention. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 28(1), 20-26. doi:10.2478/s13382-014-0326-0.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (3., rev. och utök. utg. [dvs 4 svenska utg.]). Stockholm: Natur & kultur.
- Morris, T., & White, G. (2007). Motivational interviewing with clients with chronic leg ulceration. *British Journal of Community Nursing*. 12(3), 26-30. doi:10.12968/bjcn.2007.Sup1.23048.
- Nationalencyklopedin (2017). *Folkhälsa*. Hämtad 27 mars 2017 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/folkhälsa>
- *Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medicine*. 87, 60-67. doi:org/101016/j.socscimed.2013.03.019
- *Noordman, J., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2014). Effects of Video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study. *Journal of Advanced Nursing*. 70(10), 2272-2283. doi:10.1111/jan.12376

- Parse, R.R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought: a perspective for nurses and other health professionals*. (Rev. ed). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Rollnik, S., Miller, W.R., & Butler, C. (2009) *Motiverande samtal i hälso-och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: studentlitteratur.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General practice*, 55(513), 305–312. Hämtad från PubMed.
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur
- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning (SBU); 2001. SBU-rapport nr 156.
- SBU (2009). *Patientutbildning vid diabetes*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning (SBU); 2009. SBU-rapport nr 195.
- SBU (2014). *Motiverande samtal för att förändra mat- eller motionsvanor*. Hämtad 21 april, 2017, från, <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/motiverande-samtal-for-att-forandra-mat-eller-motionsvanor/>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 21 mars, 2017, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 11 april, 2017, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Shinitzky, E.H., & Kub, J. (2001) The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing* 18(3), 178–185. doi:10.1046/j.1525-1446.2001.00178.x
- Sveriges kommuner och landsting. SKL. (2016). *Centrala begrepp inom folkhälsa*. Hämtad den 5 maj, 2017, från, https://skl.se/halsasjukvard/folkhalsa/sklsarbetemedfolkhalsa/centralabegreppinomfolk_halsa.8857.html
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad den 29 mars, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
- Socialstyrelsen (2012). *Så kan sjukvården förebygga sjukdom en inspirationsskrift för beslutsfattare i Hälso- och sjukvården*. Hämtad den 25 april, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18786/2012-8-3.pdf>

- Socialstyrelsen (2017). *Motiverande samtal*. Hämtad den 11 maj, 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>
- Svensk sjuksköterskeförening (2008) *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad den 30 mars, 2017, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Indikationer för hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad den 29 mars, 2017, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN: Etiska koder för sjuksköterskor*. Hämtad 21 mars, 2017, från, <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- *Söderlund Lindhe, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*. 67(2), 102-109. doi:10.1177/00178969080893
- Vårdgivarguiden (2015). *Regionalt vårdprogram för hälsosamma levnadsvanor*. Hämtad den 11 maj, 2017, från <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/vardprogram/halsoframjande-levnadsvanor.pdf>
- Wiklund Gustin, L., Lindwall, L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- World Health Organization. (2014). *Non-communicable diseases*. Hämtad 29 mars, 2017, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
- *Österlund Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B. (2011). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*. 68(4), 767-782. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
- Östlund, A-S., Kristofferzon, M-L., Häggström, E., & Wadensten, B. (2015). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC Family Practice*. 16(89). doi:10.1186/s12875-015-0304-z
- *Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M-L. (2013). District nurses' and registered nurses' training in ad use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 2284-2294. doi:10.1111/jocn.12509
- *Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M-L. (2016). Primary care nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing. *Journal of Advanced Nursing*. 72(11), 2844-2856. doi: 10.1111/jan.13052.

*Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E. (2014). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*. 15, 111–118. doi:org/10.1016/j.nepr.2014.11.005

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.57–81). Lund: studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete	MH” Motivational Interviewing” AND lifestyle changes AND nurs* AND experience	5	Full text. Peer Reviewed. Abstract Available. Published Date: 20070101-20171231; English, human, PDF	5	3	Brobeck, E., Bergh, H., & Odencrants, S., Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses’ experiences with motivational interviewing in health promotion practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E. (2014). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. <i>Nurse Education in Practice</i> . doi: org./10.1016/j.nepr.2014.11.005
Cinahl Complete	Primary care AND Motivational interviewing	35	Full text. Peer Reviewed. Abstract Available. Published Date: 20070101-20171231; English, human, PDF	3	2	Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2013). Strategies in health- promoting dialogues-primary healthcare nurses’ perspectives- a qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . doi:10.1111/scs.12045 Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon M-L. (2013). District nurses’ and registered nurses’ training in ad use of motivational interviewing in primary care settings. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . doi:10.1111/jocn.12509
Cinahl Complete	MH “Motivational interviewing AND nurs* AND primary care	15	Full text. Peer Reviewed. Abstract Available. Published Date: 20070101-20171231; English, human, PDF	1	1	Österlund Efrainmsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B. (2011). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x

PubMed	Mesh: “Motivational interviewing” AND lifestyle changing	12	Full text. Peer Reviewed. Published Date: 20070101-20171231; English, human	2	2	Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn G., van der Weiden, T., & Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses’ motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. <i>BMC Family practice</i> . Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. <i>Social Science & Medicine</i> . http://dx.doi.org/101016/j.socscimed.2013.03.019
Manuell sökning i Cinahl Complete	Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses’ training and counselling experiences	1		1	1	Söderlund Lindhe, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses’ training and counselling experiences. <i>Health Education Journal</i> . doi: 10.1117/0017896908089389
Cinahl Complete	Primary care AND nurse AND motivational interviewing	41	Full text. Peer Reviewed. Published Date: 20070101-20171231; English, human	4	3	Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M-L. (2016). Nurses’ communication and its influence on patient talk during motivational interviewing. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . doi:10.1111/jan.13052 Noordman, J., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2014). Effects of Video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . doi: doi.org/10.1111/jan.12376
Cinahl Complete	MH “Motivational interviewing” Fritext: Nursing	48	Full text. Peer Reviewed. Abstract Available.	5	2	Dray, J., Gilchrist, P., Singh, D., Cheesman, G., & Wade, T. D. (2014). Training mental nurses to provide motivational interviewing on an inpatient eating disorder unit. <i>Journal of</i>

			Published Date: 20070101-20171231; English, Human, PDF			<i>Psychiatric and Mental Health Nursing. doi 10.1111/jpm.12163</i>
--	--	--	--	--	--	---

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S., Hildingh, C.	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice	2011, Sverige, Journal of Clinical nursing	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av MI som metod för hälsofrämjande arbete. i	Urval: 20 sjuksköterskor i primärvården som aktivt använde MI i sitt arbete. Datainsamling: Kvalitativa intervjuer. Analys: Deskriptiv design med kvalitativ metod.	MI är en krävande, berikande och användbar metod som främjar medvetenhet. Vägledande i vårdrelationen. MI är ett värdefullt verktyg för sjuksköterskors hälsofrämjande arbete i primärvården.
Dray, J., Gilchrist, P., Singh, D., Cheesman, G., & Wade, T. D.	Traning mental nurses to provide motivational interviewing on an inpatient eating disorder unit	2014, Australien, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att fastställa genomförbarheten och effektiviteten av kortare MI utbildning för psykiatrisjuksköterskor inom slutenvården. Samt undersöka sjuksköterskornas följsamhet av MI.	Urval: Av 14 sjuksköterskor på en ätstörningsavdelning deltog 6 stycken. Av 40 tillfrågade patienter tackade 22 stycken ja. Datainsamling: 6 kvalitativa intervjufrågor och 4 kvantitativa frågor. Analys: Mixad metod.	Sjuksköterskorna förbättrade sin följsamhet och kompetens signifikant. Tillfredsställelsen med MI utbildningen var hög. Kort utbildning i MI ansågs tillräckligt för att signifikant öka kompetens och följsamhet i praktiken. Ökat samspel och bättre relationer med patienterna etablerades. Uppföljning visade att få fortsatt med MI relaterat till tidsbrist och brist på stöd och handledning.
Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., Edvardsson, K.	Strategies in health promoting dialogues-primary healthcare nurses'	2013, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences	Att beskriva hur dialogstrategier om hälsa och livsstil används av	Urval: 10 distriktssjuksköterskor på 8 vårdcentraler.	Ett vägledande, inspirerande, motiverande och stödjande arbetssätt visade sig stärka patientens motivation till förändring och empowerment. En utmaning var att ta sig

	perspectives- a qualitative study		sjuusköterskor i primärvården.	Datainsamling: Djupintervjuer. Analys: Kvalitativ analys.	tid att lyssna på patientens erfarenheter av problemet. Viktigt att vara känslig med patienter från andra länder där språkbarriären kunde bidra till ojämlikhet i diskussionen. Frivillighet från båda sidor var en viktig förutsättning för dialog.
Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn G., van der Weiden, T., & Grol, R.	Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial.	2013, Nederländerna, BMC Family practice.	Att jämföra allmänsjuusköterskors färdigheter i MI. Utbildade mot utbildade vid diabetesrådgivning.	Urval: 65 sjuusköterskor. 30 stycken med MI utbildning och 35 hade ej genomgått utbildning. Datainsamling: Videoinspelningar av MI samtal. Analys: Kvantitativ analys.	Vid ett-års uppföljningen visade det sig att sjuusköterskorna endast förbättrat några få MI färdigheter. Sjuusköterskor med MI utbildning hade längre samtal än kontrollgruppen samt i större utsträckning diskuterades livsstil.
Noordman, J., van de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S	Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle	2013, Nederländerna, Social Science & Medicine.	Att beskriva om och hur sjuusköterskor tillämpar MI och generell kommunikation vid konsultationer inriktade på beteendeförändringar.	Urval: 19 sjuusköterskor från 8 olika enheter i offentlig sektor. !03 patienter deltog. Datainsamling: 103 videoinspelade konsultationer. Analys: Kvantitativ analys.	Sjuusköterskorna i studien tillämpade generellt sett oftast sina MI färdigheter i fasen av att vara beredd men anpassade även sina MI samtal till patienternas "Stages of Change" (SOC) det vill säga i vilken del av förändringsfasen patienterna befann sig i.
Noordman, J., van der Weijden, T., & van Dulmen, S.	Effects of Video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses:	2014, Nederländerna, Journal of Advanced Nursing.	Att beskriva effekten på individuella video återkopplingar på generella kommunikationsfärdigheter, klinisk kompetens, följsamhet och MI färdigheter hos erfarna sjuusköterskor som arbetar i primärvården.	Urval: 17 sjuusköterskor inom primärvården där 325 patienter deltog. Datainsamling: 2 videoinspelade samtalstillfällen. Analys: Kvantitativ analys.	Sjuusköterskor som mottog videoåterkoppling visade sig vara mer lyhörda för patienternas behov av hjälp och gav mer uppmärksamhet vid fysiska undersökningar samt gav mer lättförståelig information.

	a pre-test posttest control group study.				
Söderlund Lindhe, L., Nilsen, P., & Kristensson, M.	Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences	2008, Sverige, Health Education Journal	Att beskriva sjuksköterskors utbildning och rådgivnings erfarenheter som syftar till att identifiera viktiga faktorer i processen att lära sig att använda och tillämpa motiverande samtal.	Urval: 20 sjuksköterskor arbetande i primärvården som under ett år praktiserat MI rådgivning efter utbildning. Datansamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ analys.	För att framgångsrikt arbeta med MI krävs integrering mellan teori och klinisk praktik. En svårighet var att lära sig att tänka och arbeta på ett nytt sätt där sjuksköterskors tidigare roll som auktoritär expert förändrades till ett mer vägledande och anpassande förhållningssätt. Ett hinder var att kommunicera med patienter som var ovilliga att ta ansvar för sin egen hälsa samt att MI var tidskrävande.
Österlund Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B.	Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics	2011, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva i vilken utsträckning sjuksköterskor med några dagars utbildning i MI- baserad kommunikation använde MI.	Urval: 6 sjuksköterskor varav 4 distriktsjuksköterskor på en KOL mottagning, alla med utbildning i MI och rökavvänjning. Sjuksköterskorna i studien hade genomgått en 4 dagars. Datansamling: 3 konsultationer med rådgivning Den första och tredje konsultationen videoinspelades och patienterna fyllde i enkäter tillfälle 1 och 3. Analys: Mixad metod.	Kommunikation genom information var vanligast förekommande i studien där även få öppna frågor ställdes. Några dagars utbildning i MI ansågs för kort tid för utbildning för att börja implementera metoden i arbetet. Inga individuella eller skillnader på gruppnivå identifierades bland sjuksköterskorna mellan den första och sista sessionen med MI. Generellt pratade sjuksköterskorna mest under samtalen med patienterna.
Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon M-L.	District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings.	2013, Sverige, Journal of Clinical Nursing	Att undersöka i vilken utsträckning distriktsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor har utbildning i MI. I vilken utsträckning de har möjlighet och förutsättningar att använda MI. Samt att jämföra	Urval: Alla distriktsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor inom primärvården i tre valda kommuner tillfrågades. Av 980 stycken svarade 673 stycken ja. Datansamling: En enkät med 27 frågor.	Både distriktsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor angav tidsbrist som primärt hinder för användning av MI, och brist på kunskap som sekundärt hinder. Vanligaste kommentaren i fritextsvaren var att MI bidrog till att patienterna blev delaktiga, att lösningarna och beslut om livsstilsförändringar ligger hos patienten.

			MI användare och icke-användare för att undersöka möjliga relationer mellan användning av MI och varierande utbildning, tillsyn och återkoppling på MI.	Analys: Kvantitativ analys.	MI är ett nödvändigt, roligt verktyg och främjar kommunikation. MI rapporterades även vara empatiskt, icke-dömande och icke-tillrättavisande. Några av respondenterna var negativa till MI, ansåg att det inte passar alla sjuksköterskor, svårt att använda, känns tillgjort, och tar tid.
Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M-L.	Primary Care Nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing	2016, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva vilken verbal kommunikation som sker under inspelade MI samtal mellan sjuksköterskor och patienter. Att undersöka vilken typ av förhållningssätt vid samtal; neutral, vidhållande eller förändrande som leder till förändring.	Urval: 23 sjuksköterskor arbetande inom primärvården. Datainsamling: 50 ljudinspelningar med 50 patienter vid MI samtal. Analys: Beskrivande kvantitativ metod.	Sjuksköterskorna och patienterna i primärvården använde till största del neutralt inriktade samtal. Öppna och negativa frågor, komplexa och positiva reflektioner vanligast förekommande och följdes av förändringsinriktade samtal. MI användes inte konsekvent. Positiva frågor och negativa reflektioner bidrog till vidhållande samtal.
Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E.	Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method	2014, Sverige, Nurse Education in Practice	Att beskriva MI utbildade sjuksköterskors erfarenhet av MI inom primärvården.	Urval: 20 stycken MI utbildade sjuksköterskor. 10 stycken använde MI i arbetet medan 10 stycken ej använde metoden. Datainsamling: Kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Sjuksköterskorna upplevde att öppenhet och stöttande arbetsklimate krävs för att överkomma inre motstånd och för att öka användningen av MI. Sjuksköterskorna upplevde även att det fanns ömsesidiga fördelar; framkallande och utvecklande av förmågor hos både patienter och sjuksköterskor. Egen osäkerhet och obenägenhet att förändra samt svårigheter att lära nytt hos sjuksköterskorna angavs som anledningar till att inte använda MI